NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JUIN 1848. — 9me SÉRIE. — T. VI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 73—108.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 109—128.
Monographie des voies urinaires. 129—132.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PARMAC., ET TOXICO.,
Hygiène. 1—2.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 3—6. *Revue* 29.
Thérapeut. 7—15. *Revue* 30.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.
Maladies des enfants. 16.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 17—19. *Revue* 32, 34.
Médecine opératoire. 20—24. *Revue* 33, 35, 36.
Ophthalmologie. 25. *Revue* 37, 38.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLILE MÉDICALE.

Médecine légale. 26.

XII. Généralités. 27, 28.

Sociétés savantes, pag. 238, 263.

Mélanges. 31, 39, 40, 41, 42.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JUIN 1848.)

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — PROFESSEUR, M. A. UYTTERHOEVEN.

HOMMES. (*Entrées.*) — 1er *juin. Davré* (*François*), 41 ans, mécanicien, se plaint d'une légère eschare au talon, déterminée par la pression du soulier. Il n'y a ici de remarquable que le vif désir de cet individu de manger pendant quelques jours à la gamelle de l'hôpital. Son billet de sortie est immédatement signé.

2 *juin.*—*Baré* (*Henri*), charbonnier, âgé de 29 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, présente une fracture des deux os de la jambe au 5e inférieur. C'est par contre-coup que la fracture s'est faite et cela d'une assez singulière façon. *Baré* était posé sur le genou gauche, la jambe droite fléchie et le pied à terre, absolument dans la position du soldat placé au premier rang d'un peloton qui met le fusil en joue. Une planche très-lourde lui tomba à plat sur le genou droit, et au même instant une vive douleur se fit sentir vers l'articulation du pied. Les deux os de la jambe étaient cassés. Le malade fut transporté à l'hôpital. A la visite, on ne remarque aucune trace de contusion au genou, mais dans les alentours de la fracture existe une extravasation sanguine et un gonflement considérable. Les douleurs sont vives; la marche tout à fait impossible. La difformité du membre peut se constater à l'œil. Les fragments sont très-mobiles; il suffit de les saisir des deux mains et de les mouvoir en sens inverse, pour s'assurer de la solution de continuité. Il n'y a point, du reste, de raccourcissement du membre; la fracture est en travers, et elle ne présente d'autre déplacement que dans le sens de la direction des os.

Application d'un appareil en Gutta-Percha, et des fomentations résolutives. L'appareil consiste en une simple gouttière moulée sur la face postérieure du membre, et retenue à la cheville et au-dessus du mollet par deux lanières en gutta. Une fomentation résolutive est appliquée sur la partie lésée, laissée à nu.

3 *juin.*— *Van Camp* (*Charles*), cocher, âgé de 53 ans, d'une consti-

tution sanguine, est tombé à la renverse, il y a huit jours, de dix pieds de hauteur. Il se plaint d'une vive douleur vers l'angle de la 5e côte ; l'inspiration et la toux sont excessivement douloureuses. Il dit sentir un déplacement au moindre mouvement. Cependant on ne parvient pas à constater de la mobilité de fragments, et il n'y a aucune dépression.

Ce n'est pas non plus la douleur de côté qui l'a engagé à venir à l'hôpital ; c'est plutôt pour être guéri d'un rhumatisme articulaire qui s'est manifesté depuis la veille aux deux pieds à la fois.

Traitement antiphlogistique, déplétions sanguines. Pour la poitrine, bandage contentif et position horizontale.

3 *juin.*— *Vanroy* (*Cornelis*), jardinier, âgé de 42 ans, d'une constitution lymphatique, s'est brisé une côte (la 9e), en tombant à la renverse du haut d'un escalier. Symptômes, marche et traitement de la maladie, comme d'ordinaire. Il y a cependant ceci à remarquer, que la difformité résultant du déplacement des fragments et la crépitation sont facilement reconnues.

5 *juin.* — *Koninckx* (*Martin*), maréchal ferrant, âgé de 54 ans, de constitution sanguine, et adonné aux boissons fortes, est tombé face à terre dans un moment d'ivresse ; il présente plusieurs contusions avec extravasation sanguine très-remarquable. Résolutifs.

5 *juin.* — *Dekeyser* (*François*), 14 ans, vacher, d'une constitution éminemment lymphatique, ayant eu plusieurs fois des accès de fièvre intermittente, ressentit, tout à coup et sans cause connue, de vives douleurs dans les deux jambes, depuis les malléoles jusqu'à la naissance de l'articulation tibio-fémorale. Le gonflement et la douleur allèrent en augmentant durant huit jours. A son entrée à l'hôpital, il est facile de constater qu'un immense foyer purulent s'est formé dans les deux membres. L'on fait dans chacun, à la face antérieure et moyenne du tibia, une large incision, par laquelle s'écoule une quantité considérable de pus. Les vives douleurs précordiales, ressenties par le malade, cessèrent comme par enchantement après l'opération. Excepté quelques douleurs précordiales, la santé générale ne laisse rien à désirer. Le lendemain, à l'introduction d'un stylet mousse, le professeur constate que le périoste est soulevé et détaché de l'os sur chaque membre. Il incise cette partie ; un pus sanieux s'en écoule en grande quantité.

L'etat général du petit malade s'est fortement amélioré.

5 *juin.* — *Naulus* (*Francois*), portefaix, 50 ans, reçut, il y a huit jours, un violent coup de bâton sur la crête du tibia. Il est entré à l'hôpital avec une légère tumeur fluctuante à cette partie du membre. Une incision convenable donne issue à une petite quantité de pus. Rien autre chose qui soit digne de remarque.

7 *juin.* — *Boret*, (*François*) 53 ans, cordonnier, d'un tempérament bilieux, s'est foulé le pied, en descendant l'escalier. Malgré une douleur intolérable et un gonflement extraordinaire dans l'articulation, il a fait à pied le trajet d'une demi-lieue pour regagner son logis. Il est entré

à l'hôpital, cinq jours après l'accident, avec tous les symptômes d'une violente entorse : cependant l'inflammation est modérée.

Repos et fomentations résolutives.

7 *juin.—Janssens* (*Corneille*), 40 ans, cordonnier, a reçu dans une rixe conjugale, un coup de tranchet de cordonnier, au bras droit. La plaie intéresse la peau et la couche musculaire superficielle; toutes les veines superficielles ont été divisées. Elle a été réunie par première intention, au moyen d'une suture entortillée, soutenue par des bandelettes agglutinatives et une position convenable du membre. Une seconde plaie, sur l'omoplate gauche, offre encore moins de gravité.

8 *Juin.* — *Hermans* (*Antoine*), commissionnaire, âgé de 44 ans, est entré, atteint d'une entorse simple de l'articulation radio-carpienne. — Résolutifs ; repos.

8 *Juin.* — *Charles* se présente avec un ulcère superficiel au genou. A cause de son tempérament éminemment lymphatique, l'on prend quelques précautions que pareille affection ne réclame guère chez l'individu bien constitué.

10 *Juin,* — *Bonnet* (*Victor*), âgé de 10 ans, est entré avec un abcès par congestion à l'aîne, résultant d'une carie des vertèbres. Cet enfant, d'une constitution lymphathique délabrée, est déjà en proie à des sueurs colliquatives. On désespère de ses jours en dépit du bon régime tonique qu'on lui prescrit.

10 *Juin.* — *Jean A*, aide-maçon, âgé de 30 ans, reçut, il y a deux ans, une brique sur la cheville du pied droit. Il n'y fit guère attention. Peu de temps après, il ressentit quelques légères douleurs à l'extrémité inférieure et interne du tibia. Insensiblement cette partie se gonfla. Il y a six mois, il entra à l'hôpital St.-Pierre, atteint de syphilis (chancres et gonorrhée). Pendant 4 1/2 mois, il y subit un traitement antisyphilitique tant interne qu'externe, et notamment des frictions mercurielles sur la tumeur. Mais celle-ci, loin de s'améliorer, augmenta chaque jour. La douleur, surtout, devint à tout moment plus vive. C'était particulièrement à l'entrée de la nuit que les douleurs (ostéocopes) étaient insupportables. A son entrée à St.-Jean, il y avait plus de quinze jours qu'il ne s'endormait plus que vers les 4 heures du matin. La tumeur a le volume d'un gros œuf de pigeon ; elle embrasse la moitié interne et tout à fait inférieure du tibia, exactement au-dessus de la malléole. La marche est très-douloureuse; la pression à peine supportable. Elle est dure, non élastique et sans fluctuation. — La santé générale ne laisse rien à désirer. Traitement antiscrofuleux et antisyphilitique à la fois. —

Le même jour est entré un homme qui a reçu de graves contusions au bas-ventre. La mort paraissant très-prochaine, nous en rendrons compte dans le prochain numéro.

12 *Juin.* — *Zagemans* (*Frédéric*), cordier, âgé de 21 ans, a pu, en raison de sa constitution éminemment lymphathique, obtenir un billet d'entrée pour se faire traiter d'un léger érythème à la face externe et inférieure de la jambe gauche.

12 *Juin.* — *Desmet* (*Joseph*) prétend qu'à la suite d'un violent effort pour soulever un fer à gauffres, il a ressenti immédiatement et ressent encore des douleurs à la région cervico-dorsale. L'examen le plus scrupuleux ne fait découvrir aucune trace de lésion. On se borne à l'observer.

13 *Juin.* — *Jacobs* (*Pierre*) était sorti, la semaine passée, guéri d'un léger abcès au-devant de la crête du tibia. L'abcès s'est reproduit, mais ne présente aucune gravité.

14 *Juin.* — *Vandenberghe* (*Joseph*), âgé de 11 ans, est atteint d'une carie scrofuleuse de l'articulation huméro-cubitale. La constitution est minée; diarrhée et sueurs nocturnes; suppuration abondante. — Régime et traitement antiscrofuleux.

Femmes.—2 *Juin.*—*Duquesne* (*Marie*), 24 ans, journalière, s'est accouchée, il y a 18 mois, d'un enfant à terme. L'accouchement a été laborieux; elle ne s'en est relevée qu'avec une descente de la matrice; mais elle n'est entrée à l'hôpital que pour se faire traiter d'une tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui s'est formée au pourtour de l'anus. Une légère incision donne issue au pus qu'elle contient. A l'exploration on ne découvre aucune lésion de l'intestin. Deux jours après, la malade quitte l'hôpital.

3 *Juin.* — *X...* a roulé du haut d'un escalier de vingt marches, et offre une contusion considérable au genou droit. Il n'y a aucune douleur ni autre symptôme inflammatoire. Repos, bandage contentif en gutta-percha, fomentations résolutives.

3 *Juin.* — *Pelseneer* (*Marie*), âgée de 19 ans, de constitution lymphatique, accuse des douleurs arthritiques au pied gauche, accompagnées d'une fièvre assez vive et d'une inflammation érysipélateuse du pied, paraissant s'irradier du gonflement inflammatoire de l'articulation du gros orteil. Un traitement antiphlogistique et des déplétions sanguines locales déterminent une guérison presque complète au bout de deux jours.

5 *Juin.* — *Vanderperre* (*Marie*), 55 ans, ménagère, d'une constitution lymphatique (épuisée), a eu fréquemment des ophthalmies catarrhales.

Il y a quinze jours, son œil gauche s'enflamma. On appliqua trois sangsues et des émollients. Le mal alla en empirant rapidement. A son entrée à l'hôpital, le globe oculaire a presque doublé de volume, la cornée est perforée par une ulcération, la chambre antérieure est remplie d'un liquide purulent; il y a procidence de l'iris. L'œil est complètement perdu.

Le professeur propose à la malade de lui faire une légère incision qui hâte l'évacuation de l'œil; mais elle s'y refuse obstinément. L'intensité des douleurs et de l'inflammation fait craindre des accidents cérébraux. Prescription : repos, diète, embrocations d'onguent mercuriel belladoné, purgatif. On se borne à quelques frictions avec l'onguent mercuriel belladoné.

7 *juin.* — *Vanbieze* (*Catherine*), 72 ans, est entrée avec une forte

contusion au genou, à la suite d'une chute directe. La région rotulienne est gonflée; la peau très-rouge, les douleurs lancinantes. Immobilité du membre au moyen d'une gouttière placée à la face postérieure, position élevée du talon, application de 12 sangsues, cataplasmes émollients, diète végétale.

9 *Juin.* — *Willep* (*Marie*), âgée de 48 ans, a recu quelques coups de pied à la figure et au sternum, mais ils ne présentent aucune gravité.

10 *Juin.* — *Vercruysse* (*Thérèse*), âgée de 53 ans, est tombée sur le moignon de l'épaule. Bien qu'il n'y ait ni gonflement, ni extravasation sanguine, ni trace aucune de fracture, la moindre pression sur cette partie y détermine des douleurs insupportables. Il est assez probable que le nerf circonflexe aura été lésé, cependant la violence des douleurs peut aussi se rencontrer dans les contusions simples des articulations. — Fomentations résolutives calmantes.

13 *Juin.* — *Prins* (*Charlotte*), âgée de 43 ans, a reçu un coup de pied de cheval à la malléole externe du pied gauche. Gonflement, extravasation sanguine et douleurs modérées.—Repos et fomentations résolutives.

13 *Juin.* — *Verbraecke* (*Victorine*), âgée de 26 ans, de tempérament lymphathique, était assise sur une chaise, lorsque, par badinage, quelqu'un la renversa en arrière. Elle se saisit vivement et ressentit aussitôt de violentes douleurs à la région sternale, allant en s'augmentant de minute en minute. A son entrée à l'hôpital, la respiration est gênée, les battements du cœur tumultueux, fréquents et accélérés; la peau brûlante. Aucune trace de lésion externe. Cette fille est ordinairement peu et irrégulièrement réglée, et d'appétit capricieux. Elle a la figure bouffie d'une hypertrophie du cœur et le teint d'une chlorotique. — Repos, diète et petite saignée générale.

(Revue du 16 au 30 juin.)

Il est entré trois hommes présentant des inflammations cutanées, véritables maladies de saison, n'offrant aucune particularité, et cédant à la diète et à des purgatifs salins, reconnus nécessaires pour obvier à un embarras gastrique, dont chacun d'eux accusait des symptômes marqués.

Deux hommes et deux femmes sont entrés porteurs d'ulcères atoniques. Ce sont des habitués de l'hôpital. L'incurabilité ou le retour constant et plus ou moins périodique de leurs affections ne doivent pas être attribués à l'inefficacité du traitement, mais bien à l'impossibilité de leur faire subir un traitement rationnel complet et suivi. Sitôt que les douleurs ont diminué et que la marche devient possible, ces malades quittent l'hôpital, s'inquiétant fort peu du danger auquel ils sont exposés.

Deux cas de *varices* très-remarquables sont entrés. Le premier est un portefaix qui présente, dans toute l'étendue de l'extrémité inférieure droite, des tumeurs variqueuses énormes. Vers l'arcade crurale, sur le trajet des vaisseaux cruraux, se rencontre une tumeur dure, fusi-

forme, sinueuse et dont il est difficile de bien désigner le caractère. Tout porte néanmoins à croire que c'est un engorgement de la veine saphène interne.— A la suite d'un violent effort, l'une des tumeurs variqueuses, occupant la partie moyenne du tibia, s'est rompue et a donné lieu à une hémorrhagie considérable. Le traitement est nécessairement palliatif. Il consiste dans une position élevée du membre, une compression uniforme au moyen d'un bandage roulé, et l'application d'un liquide résolutif sur les tumeurs et un onguent digestif sur les plaies. Pour l'avenir, le professeur conseille au malade, en cas d'accident pareil, de prendre immédiatement une position telle que le membre puisse être étendu et fortement élevé et fléchi sur le bassin ; c'est un moyen assuré, dit-il, de suspendre ou du moins de diminuer l'hémorrhagie, accident d'une gravité telle, que l'on a vu maintes fois la mort s'ensuivre. Quoi qu'il en soit, il croit que pareil individu devrait toujours être muni d'une sorte de tourniquet.

L'autre variqueux est entré pour une fracture transversale du tiers inférieur du fémur, par chute directe d'un corps mou sur la cuisse (peaux de bœufs ; le malade est tanneur de profession). On lui avait immédiatement appliqué un appareil de *gutta-percha*, consistant en une gouttière moulée sur la partie postérieure du membre, et maintenue par trois lanières, placées à distance égale, depuis la cheville du pied, jusqu'au grand trochanter. Mais la compression des tumeurs variqueuses a déterminé immédiatement un engorgement considérable du membre. Les lanières ont été enlevées, et le membre fracturé est resté simplement couché dans la gouttière de gutta-percha. On conçoit difficilement qu'aucun autre bandage puisse remplacer cet appareil avec quelque avantage.

Cinq hommes et deux femmes sont entrés affectés de tumeurs de différentes natures. L'un présente un gonflement considérable de tout le corps de la mâchoire inférieure, accompagné d'intolérables douleurs, surtout la nuit. Plusieurs dents ont été arrachées, et sous la canine gauche s'offrent plusieurs petits sequestres prêts à se détacher. La suppuration est abondante et de mauvaise nature. Il a eu la syphilis, il y a plusieurs années, mais ne prétend avoir eu qu'une simple gonorrhée, bien qu'actuellement il existe des traces d'ulcères récents sur le gland. Le malade sera soumis à un traitement antisyphilitique, et localement, on fait des incisions pour débrider et faciliter la sortie des sequestres.

Dewit (*Gérard*), âgé de 23 ans, ébéniste-polisseur, ressentit pour la première fois, il y a deux mois, de légères douleurs avec gonflement à l'index de la main droite. Bien que chaque jour leur intensité alla en augmentant, il n'y fit aucune attention. A son entrée à l'hôpital, la carie de l'articulation de la première avec la deuxième phalange ne saurait plus être mise en doute. Il est même à craindre que celle du métacarpe ne le soit aussi ; c'est ce que l'on ne pourra décider que lorsque l'inflammation et le gonflement, qui sont considérables, auront été combattus. Chez cet individu, il faudra inévitablement recourir à une amputation, alors qu'un traitement bien entendu, dans

le début de la maladie, eût certainement prévenu ce fâcheux résultat. Voilà une des mille circonstances qui démontrent la nécessité de soumettre les pauvres à des visites *prophylactiques*, si tant est qu'il soit permis de nous exprimer ainsi. — Le troisième malade, appartenant à cette catégorie d'entrés de cette quinzaine, se présente sous les mêmes conditions. Il a eu d'abord un léger furoncle siégeant immédiatement au-dessus de l'articulation de l'index droit avec le deuxième métacarpien. Il a négligé de consulter un homme de l'art dès le début, et ne s'est présenté à l'hôpital que lorsque la gangrène s'était étendue depuis l'extrémité de l'index jusqu'au carpe. Et pour contribuer lui-même en quelque sorte au fâcheux développement de son mal, il s'était appliqué un bandage comprimant la main d'une façon démesurée. Malgré de larges incisions et tous les moyens propres à arrêter la gangrène et diminuer l'excessive inflammation, il est à présumer qu'il y aura exfoliation de tendons et peut-être carie des extrémités articulaires.— Le quatrième malade est atteint d'une inflammation du testicule droit. La douleur, la rougeur et le gonflement sont modérés. Trois méthodes de traitement sont ici en présence. Des déplétions sanguines ; la compression préconisée par quelques praticiens ; et le repos tout simplement. C'est à ce dernier moyen qu'on a recours, d'abord parce que la maladie est très-légère, et puis parce que la maladie a été déterminée par un excès de travail : l'individu est terrassier. Cependant, quel que soit le traitement qui ait été institué, l'inflammation disparue, il subsiste presque toujours un engorgement qui disparaît difficilement, et que cependant il importe de combattre victorieusement. Dans l'espèce, le professeur administre le calomel jusqu'à salivation. Ce moyen lui a presque toujours réussi.

Le cinquième malade présente une tumeur lymphatique considérable derrière la mâchoire inférieure. Au bout de deux jours, son *intérêt* le force à quitter l'hôpital, bien que le mal soit encore en pleine marche. C'est une victime qui reviendra plus tard, lorsque l'affection aura déterminé des lésions incurables.

Parmi les femmes qui ont présenté des tumeurs, la première présente des abcès scrofuleux dans plusieurs régions du corps et malgré lesquels elle a allaité son dernier enfant, âgé de sept mois, jusqu'il y a trois semaines. En d'autres mots, voilà *deux victimes*, dont au moins on aurait pu sauver l'une. La faiblesse de cette malade est extrême.— La seconde présente un goître énorme ne datant que d'un an et demi et survenu subitement à la suite d'un refroidissement. Aucune autre cause appréciable ne peut légitimer la présence de cette tumeur. C'est un cas très-favorable au traitement par l'iodure du potassium tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. On le met en usage.

Il nous est arrivé cinq victimes de chute. L'un, étant ivre, s'est frappé le poing dans un carreau de vitre ; il en est résulté une plaie transversale, au-devant de l'articulation radio-carpienne, mais n'intéressant que la peau. — L'autre est tombé du siége de sa vigilante. Il était dans un tel état d'ivresse qu'il ne put fournir aucun rensei-

gnement. Mais il est un Dieu pour les ivrognes, car malgré la hauteur de la chute, qui a eu lieu directement sur la tête, l'individu ne présente que quelques contusions et une plaie contuse, fort peu profonde, au-dessus du sourcil gauche. — Le troisième malade, en glissant, s'est fait une légère entorse au pied droit.— La quatrième est une femme qui prétend qu'une aiguille lui est entrée dans le gras de la jambe, au moment où elle relevait sa robe. Par suite des tractions qu'elle a exercées, l'aiguille s'est cassée et elle n'a pu en retirer que la moitié, l'autre a pénétré plus profondément dans les chairs. Les investigations sont restées infructueuses pour découvrir le corps étranger. Cependant la malade accuse de fortes douleurs. On l'observera. — La cinquième présente une simple entorse du poignet. Ces cinq malades sortiront au bout de peu de jours.

La salle destinée aux *ophthalmiques* a reçu trois sujets. Le premier est un terrassier qui, en 1830, a perdu l'œil droit par un coup de biscaïen. Depuis lors, comme avant, il n'a jamais ressenti le moindre mal a l'œil gauche Il y a quelques jours, il a ressenti des douleurs rhumatismales, accompagnées de frissons, dans différentes parties du corps. Bientôt une inflammation catharrale très-intense s'est emparée de l'œil gauche. La cornée transparente seule a été exceptée. Des déplétions sanguines, la diète et le repos sont ici naturellement indiqués.

Le second sujet présente une ulcération en forme de croissant sur la cornée transparente gauche. Malgré les dénégations les plus formelles du malade, on a de la peine à ne pas croire à une plaie par arme tranchante. L'inflammation de la muqueuse est très-vive. Le malade a été autrefois atteint de l'ophthalmie purulente de l'armée. Même traitement que ci-dessus.

Le troisième sujet présente une iritis très-intense. Mais en dehors de tous les caractères d'une violente inflammation de cet organe, il y a lieu de supposer, en vue des intolérables douleurs qui surviennnent la nuit, que le virus syphilitique n'y est point étranger, et en effet le malade avoue avoir été en traitement d'ulcérations vénériennes à l'hôpital St.-Pierre. Un traitement approprié à l'inflammation combiné avec des remèdes spécifiques se rend facilement raison de cette affection.

Dans l'un de nos prochains comptes rendus, nous soumettrons quelques réflexions sur les difficultés que présente le traitement des ophthalmies dans un hôpital, soit général soit spécial.

Une chute de la matrice, un abcès par congestion et un rhumatisme articulaire, présentant tous les symptômes ordinaires, complètent la série d'observations qui se sont présentées à la clinique dans la seconde quinzaine de juin.

Il nous reste à rappeler à nos lecteurs le cas de cet individu dont nous avons parlé, comme devant probablement succomber aux coups qu'il avait reçus sur l'abdomen et chez lequel nous avions présumé une grave lésion des viscères abdominaux. Nous rendrons compte de ce cas intéressant, suivi de l'autopsie, dans un prochain numéro.

TUMEUR DE L'OVAIRE.

Rosalie est accouchée le 3 mars dernier. Elle a 24 ans, est d'une constitution lymphathique, et n'a jamais été malade. Sa grossesse n'a rien laissé à désirer, sinon qu'elle en était fort affligée et s'est fort chagrinée, car elle craignait que sa position de femme de chambre n'en fût irrévocablement perdue. Le travail de l'enfantement a été pénible; l'accoucheur a dû avoir recours au forceps. L'enfant vivait; mais l'application de l'instrument a déterminé la déchirure de la moitié antérieure du périnée.

L'allaitement n'a pu se faire, aucune trace de lait ne s'étant manifestée dans les seins.

Peu de moments après sa délivrance, elle a été prise de frissons et de douleurs abdominales. Une fièvre violente s'est immédiatement déclarée. Durant trois semaines, il y a eu des alternatives de bien et de mal. Malgré les remontrances qu'on lui fit, Rosalie quitta l'hôpital. Elle était surtout extraordinairement faible.

Du lendemain de sa sortie, elle fut prise quotidiennement et à heure fixe de frissons, suivis de chaleur et de transpiration excessives avec légères douleurs lombaires. On lui administra du sulfate de quinine à trois reprises différentes. La fièvre intermittente disparut. Cependant Rosalie ne sentait point ses forces revenir; elle traînait une vie pénible, bien qu'elle n'éprouvât aucune douleur. Elle ne croyait qu'à une extrême faiblesse; c'est ainsi du moins qu'elle s'expliquait la gêne de la respiration qu'elle ressentait à la moindre fatigue.

Le 29 avril suivant, elle entra à l'hôpital avec toutes les apparences d'une chlorotique, avec une leuchorrée abondante et une légère descente de la matrice, sans autre lésion à cet organe. La déchirure du périnée était presque entièrement cicatrisée.

De temps à autre, elle accusait de violentes coliques, durant plusieurs heures, et accompagnées de diarrhée. Le sirop de morphine en triomphait assez promptement. Dans l'intervalle, on soumettait la maade à un régime analeptique et on lui administrait des préparations ferrugineuses.

Vers le 20 mai, tout semblait présager une guérison complète très-prochaine, lorsque de légères douleurs se manifestèrent vers la région iliaque gauche, et peu à peu une tumeur s'y développa. Il n'en résulta d'abord aucune gêne pour la marche; seulement, vers le soir, il s'y produisit des élancements assez douloureux. Elle n'en dit rien, cependant, jusqu'au 27, personne ne s'en était aperçu. Mais dans la soirée de ce jour, les douleurs avaient acquis une telle intensité, que force fut à la malade d'appeler sur ce sujet l'attention de l'élève de service. Celui-ci se hâta de prescrire quelques topiques calmants. La nuit ne fut point trop mauvaise.

A la visite du 28, l'on constate l'existence d'une tumeur dure, élastique, occupant la place de l'ovaire; on ne peut la circonscrire, parce que les intestins sont interposés entre l'ovaire et la peau, disposition des organes qui est indiquée par le son clair obtenu par la percussion.

Au toucher, on trouve le col de l'utérus ouvert de manière à admettre l'extrémité du petit doigt. Une matière gluante, jaunâtre, s'échappe par cette ouverture. Les lèvres du col sont légèrement tuméfiées; la postérieure est un peu déchirée. Le fond de l'utérus est incliné du côté opposé à la tumeur; c'est ce dont on peut s'assurer en appliquant la main sur l'abdomen à l'endroit où siège la tumeur; en imprimant alors des mouvements au col, aucun mouvement n'est communiqué à la tumeur. D'ailleurs, le toucher par le rectum est venu confirmer la position oblique et la saillie de l'utérus à droite.

La malade est constipée et se plaint de vives douleurs vers la région lombaire droite. On lui prescrit un léger purgatif.

Le 31, les douleurs lombaires ont disparu, et l'écoulement de la matière jaunâtre a diminué. La malade a eu plusieurs selles. En vue de remédier à sa grande faiblesse, on lui prescrit une décoction de quinquina.

Le 2 juin, elle accuse de violentes douleurs lancinantes, siégeant spécialement du côté opposé à la tumeur, bien qu'elles s'irradient dans l'abdomen. Des frissons, des vomissements verdâtres, le ventre excessivement douloureux à la moindre pression; la peau brûlante, la langue rouge et sèche, une soif inextinguible, le pouls fréquent et accéléré trahissent évidemment l'existence d'une péritonite aiguë. Et il est à remarquer que la manifestation de ce cortège effrayant de symptômes a été presque instantané. On peut presque en conclure, avec assez de probabilité, qu'il y a eu, par la tumeur, épanchement d'un liquide quelconque dans la cavité péritonéale. Un traitement antiphlogistique très-sévère est immédiatement institué; on applique trente sangsues sur la partie la plus douloureuse de l'abdomen.

Le lendemain et les jours suivants, il survient une notable amélioration. On prescrit la continuation du traitement; les déplétions sanguines sont remplacées par des embrocations avec l'onguent mercuriel.

Le 8, on peut regarder la malade comme convalescente; la tumeur est diminuée. Cependant elle y ressent encore, de temps à autre, de légères douleurs lancinantes. Le traitement est continué et un régime doux est recommandé.

CARIE DES CÔTES AVEC EMPYÈME.

De Sambre (*Josse*), âgé de 24 ans, d'un tempérament éminemment lymphathique, est venu plusieurs fois occuper un lit à la clinique interne pour s'y faire traiter d'affections de poitrine qu'il appelle rhumes. Il exerce la profession de tisserand, et appartient à une famille de cultivateurs, dont la santé n'a jamais rien laissé à désirer.

Il y a dix mois, dans un moment d'abondante transpiration à la suite d'une course, il but de l'eau froide en assez grande quantité. Il fut pris immédiatement de frissons, et ressentit des points de côté vers la

région cordiale gauche. Cependant, ces symptômes présentèrent si peu de gravité, qu'il n'y fit aucune attention. Mais peu à peu le mal alla en empirant chaque jour. Vers la fin du quatrième mois, il se développa une tumeur vers la région lombaire du même côté; une collection purulente s'y forma. Un chirurgien lui donna issue. Peu de semaines après, une nouvelle tumeur s'était formée et le chirurgien eut immédiatement recours au même moyen. Il s'écoula chaque fois au delà d'un litre de pus. Bien que des accès de toux très-violents précédassent l'accumulation et l'issue du pus, la santé générale n'en était cependant que peu ou point affectée. Cet état de choses dure depuis deux ans.

Vers le commencement de mai de cette année, d'intolérables douleurs se sont manifestées vers la 6e côte, au-dessous du mamelon gauche. Une tumeur s'y est peu à peu déclarée. Aujourd'hui (24 mai) elle a acquis le volume d'un œuf de poule. La fluctuation est manifeste; la peau en est rouge et amincie. Au sommet se présente une ouverture par laquelle s'écoule constamment un liquide séro-purulent. Un stylet mousse pénètre à une profondeur de cinq pouces au moins dans la poitrine. Les côtes correspondantes sont bombées; le stylet va frapper sur des côtes dénudées. La santé générale semble ne pas en être affectée, cependant, dans toute la moitié inférieure du poumon gauche, il y a absence complète de tout bruit respiratoire, et le son y est d'une matité absolue. La respiration n'est ni gênée, ni accélérée. Elle paraît naturelle. Des bouffées de chaleur, suivies de sueurs, sont les seuls symptômes qui incommodent un tant soit peu le malade. Il y a maigreur extrême, mais le défaut de bonne nourriture pourrait bien en être la seule cause.

On se borne à aggrandir la fistule pour donner une issue plus facile à l'écoulement de la matière séro-purulente, dont l'abondance dépasse toute mesure. Sous l'influence d'un bon régime, le malade acquiert de l'embonpoint. Du côté de la poitrine, rien n'a changé jusqu'à ce jour (14 mai); aussi se borne-t-on à l'observer.

FISSURE A L'ANUS. NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT.

Leçon clinique recueillie par M. Schoenfeld, élève interne.

J. M...., serrurier, âgé de 50 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, est affecté de trois fissures à l'anus. Point de maladies antérieures. Depuis trois semaines, il a ressenti, au moment où il allait à selle, d'abord un chatouillement désagréable, ensuite une cuisson qui est devenue de plus en plus violente. Il ne sait pas indiquer la cause de son affection; d'après son dire, la constipation n'a été que consécutive à la gêne dans la défécation.

Le malade sert de sujet à la leçon clinique. Le professeur fait un historique succinct de la maladie en question, et expose quelques idées sur les différents traitements préconisés par les chirurgiens.

La fissure est une affection qu'on rencontre assez fréquemment chez des personnes adultes; il paraît que les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Boyer, le premier, a bien décrit cette affection, et le mode de curation, dont il vantait le mérite, est encore aujourd'hui adopté par la plupart des praticiens.

Les malades ressentent dans l'un des points du pourtour de l'anus une douleur fixe qui s'exaspère par des écarts de table, par un exercice prolongé, et surtout par la défécation; une altération profonde de la santé, une perturbation alarmante du genre nerveux, peuvent en être les conséquences, et jeter le malade dans les convulsions, les lypothimies, et d'autres désordres vitaux qui semblent mettre la vie dans un danger imminent.

En examinant le siége du mal, on n'y découvre que des fissures, qu'un spasme du sphincter; l'introduction du doigt est très-difficile et s'accompagne des plus vives douleurs; mais en écartant fortement la fesse du côté affecté et en tirant légèrement sur l'autre, on parviendra à constater une ou plusieurs crevasses partant de l'anneau anal et se perdant dans les replis qui entourent cet orifice. Du reste, on peut être sûr de leur existence, lorsqu'on touche sur la face interne du rectum une inégalité et qu'on y détermine une vive douleur par la plus légère pression.

Des phénomènes sympathiques peuvent contribuer à obscurcir le diagnostic. Il est à remarquer que la constipation, déterminée par la constriction du sphincter et par la crainte qu'a le malade de voir ses tourments se renouveler trop souvent, la dysurie, l'amaigrissement, l'hypochondrie, peuvent quelquefois détourner l'attention du médecin de la véritable nature du mal, égarer son diagnostic, et le tromper sur les remèdes thérapeutiques.

La cause réelle des fissures à l'anus est encore incertaine; les explications varient à l'infini. On a accusé les hémorrhoïdes, les vices vénériens, dartreux, etc. Boyer et d'autres penchent vers l'opinion qu'elles sont le résultat de la constriction spasmodique du sphincter; d'après d'autres encore, ce n'est qu'une simple lésion produite par le passage de matières fécales durcies. Mais l'élément nerveux y entre évidemment pour beaucoup, et si l'on se rappelle la vive sensibilité de certains ulcères superficiels de la peau, qui n'entament pas le derme dans toute son épaisseur, on reconnaîtra, sans peine, que la douleur excessive de cette affection ne doit probablement être attribuée qu'à la dénudation des papilles nerveuses de la région malade.

Pour guérir les fissures, on a eu recours aux purgatifs et aux lavements, aux sangsues, aux applications narcotiques, aux fumigations, aux fomentations froides, aux suppositoires. Ce ne sont là que des traitements palliatifs. Toutefois, nous lisons dans Boyer qu'il a guéri un individu par un liniment formé de parties egales de saindoux, de suc de joubarbe, de morelle et d'huile d'amandes. — On s'est opposé à la constriction du sphincter par l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum; Velpeau et Vidal disent se bien trouver

de leur emploi. Mais ce traitement, outre qu'il est très-douloureux, exige certainement plusieurs mois. — Boyer incisait à droite ou à gauche, et quelquefois des deux côtés à la fois, la peau, la muqueuse, le tissu cellulaire et le muscle sphincter externe, au moyen d'un bistouri à pointe carrée et émoussée qu'il conduisait sur le doigt introduit dans le rectum; il croit qu'on peut inciser même sur un point autre que celui où siège la fissure; l'incision serait, en effet, dangereuse aux extrémités antérieure et postérieure de l'anus. Il dit avoir guéri de cette manière bien cent individus. D'autres chirurgiens n'ont pas toujours été aussi heureux; Velpeau cite même deux cas de mort survenue à la suite de phlegmons du bassin, que cette opération avait déterminés. — Blandin fait la section du sphincter par la méthode sous-cutanée.— Bérard cautérisait la fissure avec le nitrate d'argent, en même temps qu'il employait les mèches dilatantes; on n'a guère réussi par la cautérisation seule. — Bretonneau employait, dit-il, avec succès les lavements de ratanhia (2 quarts de lavements, chacun de 5 onces d'eau et de 1 gros à 2 1/2 gros d'extrait de ratanhia; on ne les garde qu'un instant); il explique d'une manière très-rationnelle l'effet de ce médicament qui semblerait devoir augmenter la constriction du sphincter. A la suite de la constipation, la portion du rectum, située immédiatement au-dessus de l'anus, se dilate en poche où les excréments forment un bol quelquefois très-considérable. Le passage de ce bol, s'il n'est pas la cause de la fissure, est au moins un très-grand obstacle à la guérison de celle-ci. Or, le ratanhia donne aux parois de l'intestin la ténacité nécessaire pour revenir sur elles-mêmes. Il chasse peut-être en même temps la fluxion qui s'opère vers le point douloureux.

Le procédé que nous mettons en pratique, et qui a été imaginé par notre père, est simple et couronné d'un succès prompt et constant. Après avoir vidé l'intestin par un lavement émollient, on introduit le doigt dans le rectum, on incise dans la fissure *seulement les fibres les plus superficielles du sphincter* et l'on cautérise la plaie avec la pierre infernale, après que l'écoulement du sang s'est tari. Par la diète et par l'administration d'un peu d'opium, on prévient que les garde-robes ne retardent la cicatrisation de la petite plaie, cicatrisation qui se fait rapidement. L'opération est douloureuse, il est vrai; la cautérisation l'est surtout; mais nous ne courons pas le danger d'une inflammation du tissu cellulaire dans le petit bassin, et nous n'exposons pas le malade à l'infirmité dégoûtante d'avoir, pendant quelque temps, des selles involontaires. Enfin, ce qui doit surtout engager à suivre notre procédé, c'est que nous avons guéri en très-peu de temps toutes les personnes affectées de fissures à l'anus, chez lesquelles nous avons pu l'employer. Il n'a échoué, jusqu'à présent, qu'une seule fois; c'était chez une dame qui ne voulut pas qu'on portât le caustique dans la plaie.

ABCÈS A L'OMBILIC. — OBSERVATION RECUEILLIE PAR ***

7 *Juin* 1848. — X. X., ménagère, âgée de 40 ans, encore bien réglée, mère de 9 enfants, dont elle est accouchée sans l'intervention de l'art, prétend n'avoir jamais été atteinte d'une autre maladie que de la jaunisse, il y a dix ans, sans en savoir préciser les détails nécessaires. La maladie, qui lui a fait rechercher les soins de cet établissement, a débuté, sans cause connue, il y a six semaines, par une sensation douloureuse à la région ombilicale et par l'apparition d'une tumeur au même endroit, sans aucune gêne marquée dans les différentes fonctions physiologiques.

Elle nous représente une femme médiocrement nourrie, d'une constitution lymphatique, d'une physionomie languissante, aux cheveux brunâtres et à l'iris gris, au regard bienveillant mais peureux, au teint hâlé, au derme légèrement jaunâtre et aux muscles flasques.

A la région ombilicale, on *voit* une tumeur de la grandeur et de la forme d'une demi-orange, dont l'ombilic bombé fait le mamelon central de la convexité visible. Cette tumeur offre au centre, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, une rougeur circonscrite de la peau amincie, de la sensibilité à la pression, un haut degré d'élasticité, une consistance molle, une tension médiocre, une fluctuation incontestable. La partie périphérique, qui est séparée du centre fluctuant par un bord bien marqué, se perd dans le niveau des parois abdominales, sous lesquelles elle se soustrait à la vue, de manière qu'on ne saurait plus la découvrir que par l'exploration manuelle et par la percussion.

On *touche* sous l'épaisseur normale de la paroi antérieure du ventre la continuation de la tumeur dans la région épi-méso et hypogastrique droite, en haut jusqu'au cartilage xyphoïde, en bas jusqu'à la fosse iliaque. La tumeur y présente dans toute son étendue *une surface* convexe, lisse, sans bosselures, résistante, tendue, élastique, point douloureuse, *des bords* égaux, légèrement arrondis, moins saillants à la fosse iliaque. Je ne saurais non plus circonscrire la tumeur au bord inférieur des cartilages costaux de ce côté. La totalité de la tumeur offre une mobilité exquise dans la direction de presque tous les rayons d'un cercle. Ce n'est qu'à l'arcade costale et à la fosse iliaque, que cette mobilité se cache à la main exploratrice.

La *percussion* fait *entendre* de la matité sur toute l'étendue de la tumeur. Appuyant cependant le plessimètre sur ses bords et percutant plus vigoureusement, on entend un son tympanitique. Cette matité se continue sans interruption dans la région occupée à l'état normal par le foie, c'est-à-dire, jusqu'à une ligne qu'on trace horizontalement du bout inférieur du sternum à la région latérale droite du thorax.

La rate n'offre rien d'anormal, ainsi que le côté gauche du ventre. Point d'ascite, point de ballonnement, point de sensibilité, point de contraction irrégulière des muscles abdominaux pendant la respiration. Partout ailleurs, normalité du son.

La matrice tient sa position anatomique sans suivre les mouvements imprimés à la tumeur et vice-versâ. Toutes les fonctions de la

digestion sont dans l'état physiologique, ainsi que la respiration, la circulation et les mouvements musculaires.

Les battements des artères crurales sont homogènes sous tous les rapports, et presque isochrones avec le pouls des artères radiales. Point de varices, point d'engourdissement ou paralysie, point d'œdème aux extrémités inférieures.

Voilà ce que j'ai vu, palpé et entendu au premier examen de la malade.

J'aurai l'honneur de développer ce que je pense sur ce rébus vivant, dont la solution apodictique ne saurait être prononcée que par le tribunal inexorable de la nécroscopie. Toutefois je me réserve une modification consciencieuse de l'avis émis ci-dessous, si des examens et des réflexions ultérieurs en devaient changer la portée.

Je me demande quel est *le siége* de la maladie ou quel est l'*organe affecté?* et ensuite quel est le *procès pathologique* lui-même, qui a établi ce groupe de symptômes, ce cadre de phénomènes.

Je pense pour le moment que c'est *le foie* qui est le siége de la maladie, qui est l'organe atteint. En voici les motifs :

1° *La localité* de la tumeur, qui a une base large à l'arcade costale droite et des bords arrondis égaux vers les régions inférieures du côté droit de l'abdomen ;

2° La *position superficielle* immédiatement sous les parois abdominales, de manière que les intestins sous-jacents trahissent encore leur présence sous les bords par le son rendu à la percussion ;

3° La *consistance*, la *résistance* et l'*élasticité* de la tumeur, lesquelles, bien que difficiles à décrire, rappellent les qualités homonymes dudit organe ;

4° La *forme* de la tumeur à diamètre transversal et prédominant et sa *surface* convexe, qui répondent au foie hypertrophié tel qu'on l'a vu maintes fois ;

5° La *jaunisse précédente* et le teint légèrement jaunâtre, bien que l'une comme symptôme commémoratif soit dépourvue d'une grande portée, et que l'autre ne soit pas assez prononcé pour être décisif.

En procédant par exclusion, je dirai : je ne crois pas que le siége de la maladie soit purement *dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure*, car bien qu'adhérente à la région ombilicale, la tumeur manifeste une mobilité en différents sens sans être suivie des muscles abdominaux, qui gardent pendant cette manœuvre une attitude de relâchement et de passivité.

Non plus je ne pourrais admettre que la tumeur à l'ombilic soit une *anse intestinale* ou *une partie d'épiploon* étranglée dans l'anneau ombilical ou dans la ligne blanche, car je ne saurais pas trop bien m'expliquer la radiation de ladite tumeur consistante, matte et limitée jusqu'à la fosse iliaque et la marche lente du mal. Ensuite où sont les symptômes d'étranglement et de péritonite, etc ?

Je ne saurais pas soutenir que la *vessie biliaire* soit le siége du liquide constaté aux alentours de l'ombilic, qu'elle soit un foyer de ma-

tière produite par une suppuration spontanée ou par suite de calculs biliaires, car ce mamelon fluctuant placé au sommet n'occupe pas le bord antérieur de la tumeur. Outre cela, une inflammation dans cet organe, poussée jusqu'à la suppuration, produirait vraisemblablement par continuité l'oblitération des conduits évacuatoires de la bile et par cela même un ictère considérable, ce qu'on ne voit pas chez notre malade.

Est-ce l'*estomac*, le *pancréas*, le *colon transversal* ou le *mésentère dégénérés*, qui menacent de percer la peau? J'en doute, car une affection pareille de l'estomac, ou du colon, ou du pancréas, n'expliquerait pas l'étendue et la forme de la tumeur, qui ne présente ni bosselures, ni douleurs lancinantes, ni dureté caractéristique, ni ramollissement partiel, ni engorgement des glandes environnantes, qui ne dérange pas la digestion, n'affecte que très-peu la nutrition, ne cause ni douleurs, ni ascite, ni vomissements, ni selles sanguinolentes. Si c'était l'épiploon ou le mésentère — organes de nature glanduleuse — dans lesquelles toute dégénérescence prend une forme plus ou moins tubéreuse, illimitée, comment juger la surface lisse, l'homogénéité de consistance et les bords égaux, émoussés de la tumeur en question?

En croyant que la tumeur soit fixée dans la fosse iliaque par un pédicule, qu'elle y soit moins mobile et qu'on puisse établir une ligne de démarcation en haut entre la tumeur et le foie; on a conclu qu'il s'agissait d'une dégénérescence provenant de la *fosse iliaque* ou de la face antérieure des *vertèbres lombaires* ou de l'*ovaire* même. Je ne suis pas de cet avis là, car :

a. La fixité de la tumeur dans la fosse iliaque ainsi que la susdite démarcation me semblent illusoires, envisagées comme dépendantes de la saillie de l'ileum droit et de l'arcade costale, qui bornent les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur;

b. Comment se ferait-il qu'une tumeur de ces dimensions, prenant son origine dans lesdites régions ou à l'ovaire, rampât contre la loi de la gravité, s'applatît sur la paroi abdominale antérieure sans s'y attacher, eût une base large en haut, sans s'étendre dans l'espace plus vaste, plus accessible et moins résistant des intestins, sans déplacer aucun organe de la cavité abdominale et du bassin, sans exercer une compression manifeste sur les vaisseaux et les nerfs qui parcourent la fosse iliaque pour aboutir à l'extrémité inférieure;

c. J'ajouterai que la dégénérescence supposée ne pourrait être que d'une nature maligne, ce qui n'est pas confirmé par les propriétés du liquide sorti par l'ouverture pratiquée à l'endroit fluctuant.

Partant de l'idée plus ou moins justifiée que le siége du mal soit dans le foie, j'entamerai la question sur le *procès pathologique*.

Selon mon avis, il s'agit *d'une poche, dans la substance du foie hypertrophié, qui contient une matière purulente, verdâtre, dans laquelle on trouvera probablement les débris macérés d'acéphalocystes.*

Je me prononce pour un cas d'acéphalocystes et non simplement pour *un abcès*, parce qu'une hépatite purulente primitive et spontanée

tombe dans la catégorie des cas extrêmement rares et est accompagnée d'une série de phénomènes locaux et universels, qui manquent chez notre malade. J'exclus l'*abcès métastatique*, puisque je ne puis pas préciser dans ce cas le foyer qui aurait enfanté sans mouvement fébrile l'infection pyémique et le dépôt consécutif au foie.

Ne perdant pas de vue la *grandeur* de la tumeur, sa forme, l'*isolement* de la partie fluctuante et le percement imminent, j'ai dû exclure le *foie lardacé*, affection éminemment douloureuse sur tous les points de l'organe et qui ne manifeste jamais une tendance à la suppuration, que je n'ai remarquée que sur des individus atteints de scrofule, de rachitisme, de carie et d'autres désordres constitutionnels.

Le *cancer encéphaloïde* du foie, maladie assez fréquente, ne me sourit pas non plus, pour établir le diagnostic de notre cas, car l'encéphaloïde infiltrée autant que le sarcome médullaire en forme de nœuds disséminés déterminent des bosselures à la surface, abîment la constitution, apparaissent en même temps en plusieurs endroits, sont douloureux et toujours accompagnés d'ascite.

Sans entrer dans des détails ultérieurs qui fatigueraient le lecteur, je me bornerai à mentionner ce que nous avons appris « *ex juvantibus.* »

Le 9 juin, on a vidé la poche après une ponction exploratrice par le bistouri et on a vu sortir une quantité considérable (4 onces à peu près) d'une matière purulente, verdâtre, d'une odeur spécifique comparable à celle des abcès dans le voisinage des intestins, d'une saveur amère, d'une épaisseur et d'une densité considérables. Par l'examen microscopique, qui laisse en doute la présence d'acéphalocystes ou de leurs débris macérés, on a cru pouvoir établir, avec quelque probabilité, que la matière provenait d'un organe glanduleux. Un stylet introduit dans la plaie y pénètre verticalement dans une profondeur de deux pouces et demi.

Sans déclarer ma conviction arrêtée sur le diagnostic, je dois cependant faire remarquer que la suppuration régulière de la plaie, plusieurs jours après l'ouverture, la nature purulente du liquide, la diminution progressive de la tumeur à l'ombilic, l'aspect favorable de la plaie et des bouchons charnus, le défaut de toute dégénérescence poussant à jour par l'ouverture débridée, ne donnent pas un démenti formel à l'avis que j'ai émis.

Bruxelles, 24 juin 1848.

NOTE SUR LE GUTTA PERCHA; par M. Ed. Vanden Corput.

Les applications nombreuses dont le gutta percha se montre susceptible, sa ténacité, son inaltérabilité par la plupart des agents chimiques ou atmosphériques, ainsi que la remarquable propriété dont jouit cette substance de devenir molle et malléable à + 65 ou 70° c. pour reprendre de nouveau sa consistance et sa dureté primitives à la

température ordinaire, ont dû naturellement fixer sur lui l'attention des savants comme des technologistes.

Aussi, depuis l'importation récente de ce produit, plusieurs chimistes se sont occupés de son étude, dont l'un des points les plus importants pour la pratique a été la recherche de dissolvants, à l'aide desquels on pût l'étendre en couches minces et protectrices à la surface des corps.

L'huile essentielle de térébenthine rectifiée a été d'abord employée, mais le vernis que l'on obtient en y dissolvant le gutta à l'aide de l'ébullition, a comme celui de caoutchouc le défaut d'exiger un temps très-long pour sécher, et de laisser un enduit qui n'offre que peu de ténacité. C'est ce qui oblige à le concentrer en bouillie à peu près solide et à recourir, lorsqu'on en veut faire usage, à l'intervention de la chaleur, afin de l'amener en consistance suffisamment liquide pour être étendu.

Ces inconvénients pourraient être évités, si l'on appliquait à la préparation de ce vernis le procédé suivi par M. Benziner pour celui de caoutchouc, procédé qui consiste à ajouter, sur 12 parties de bouillie térébenthinique claire, environ 1/2 partie d'une solution concentrée de sulfure de potassium dans l'eau bouillante; on obtient ainsi une sorte d'émulsion qui, en se desséchant, laisse un enduit consistant, à la surface duquel se sépare le sulfure alcalin que l'on peut enlever par le lavage.

M. Vogel, de Munich, a rencontré depuis dans le carbure de soufre un dissolvant beaucoup plus parfait, qui a permis au gutta de recevoir une application nouvelle en médecine. L'acide sulfo-carbonique dissout en effet en toutes proportions le gutta percha, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la température, et forme avec cette substance un vernis que la grande volatilité du dissolvant rend immédiatement siccatif, mais dont l'odeur infecte et pénétrante du carbure sulfurique doit malheureusement faire repousser l'emploi dans plus d'une circonstance.

Quelques essais sur le suc concret de l'Isonandra gutta m'ont conduit à trouver que cette substance est également soluble à la température ordinaire dans le perchlorure de formyle, liquide qui, tout aussi volatil que le carbure de soufre, possède, comme on sait, au contraire de celui-ci, une odeur éthérée extrêmement suave. La solution chloroformique ainsi obtenue présente toutes les qualités désirables et peut être substituée dans ses diverses applications au vernis que l'on prépare au moyen du carbure sulfurique; elle laisse, comme celui-ci, par une évaporation pour ainsi dire instantanée du menstrue, une pellicule mince et résistante sur les surfaces que l'on en recouvre.

J'ai constaté de plus que le gutta percha est soluble à l'aide de la chaleur dans les huiles de naphte et de goudron de houille rectifiées, dans le camphogène, dans la caoutchine, dans le camphène, comme dans la plupart enfin des autres carbures hydriques, représentées par la formule générale $C^{10} H^{8}$, tels que les essences rectifiées de lavande, de citron, de genièvre, etc.

Le gutta percha est précipité de ces dissolutions au moyen de l'alcool; lorsqu'on charge préalablement celui-ci d'une résine, on obtient un magma grumeleux et en quelque sorte friable, qui devient poisseux même à la chaleur des doigts. Les vernis de gutta, préparés par la dissolution de ce corps dans les carbures du plus bas prix, pourront devenir d'une utilité très-grande dans les arts. Appliqués sur les bois ou sur les métaux qui sont destinés à éprouver le contact destructeur de l'air ou de l'humidité; étendus en couches minces sur les conduits souterrains en fonte, ils prolongeraient de beaucoup leur durée en les garantissant contre l'action des agents extérieurs. Les cordages, les câbles, les filets, ainsi qu'une foule d'autres objets imprégnés de cette matière, pourraient être rendus à peu près inaltérables.

D'après le procédé indiqué par M. Hancocq, on prive le gutta de la dureté et de la raideur qu'il possède à la température ordinaire, en soumettant ce corps à l'action du gaz oxyde azotique, ou en le plongeant pendant quelques minutes dans une solution concentrée bouillante de chlorure de zinc et le lavant ensuite à l'eau légèrement alcaline, il acquiert par là un éclat presque métallique et une malléabilité très-prononcée.

Ni l'alcool ni l'éther ne dissolvent le gutta percha, mais l'un et l'autre (le dernier surtout) lui enlèvent une certaine quantité de matières résineuses, et par suite du changement moléculaire qui en résulte, l'éther rend sa surface blanchissante et d'une apparence pulvéracée.

Le gutta percha n'est point attaqué, même à la température de l'ébullition, par les solutions alcalines concentrées; il résiste également à froid à l'action de la plupart des acides et des gaz. Cette inaltérabilité permet de substituer en plusieurs circonstances son usage à celui du caoutchouc pour relier les tubes, dans les laboratoires de chimie. Ce corps résistant, comme je m'en suis assuré, à l'action du bicarbure d'hydrogène, pourrait encore être très-utilement appliqué à joindre hermétiquement entr'eux les tuyaux qui sont destinés à la conduite souterraine du gaz d'éclairage, et qui, malgré les soudures ou les mastics dont on lute leurs joints, laissent toujours s'échapper un volume de gaz souvent très-notable.

A chaud, l'acide azotique attaque le gutta percha en donnant lieu à des vapeurs d'acide hypo-azotique. On obtient de la sorte une liqueur fluide d'un beau jaune d'or, qui, neutralisée par l'ammoniaque, prend une couleur rouge-orangée.

L'alcool n'exerce aucune action sur ce liquide; l'eau en sépare, au contraire, une matière floconneuse, résinoïde, soluble en totalité dans l'ammoniaque caustique, ainsi que dans l'alcool. L'acide sulfurique concentré, aidé de la chaleur, carbonise le suc de gutta d'une manière rapide et complète.

Le gutta percha absorbe lentement l'oxigène et semble éprouver à l'air une sorte de résinification plus complète, qui le fonce en couleur, sans toutefois altérer au moins d'une façon appréciable aucune des qualités qui le distinguent; peut-être ne serait-il point sans intérêt

d'examiner si, par suite de cette absorption, la quantité assez faible des résines solubles dans l'alcool et dans l'éther ne se trouve point augmentée, et par là le point de malléabilité légèrement abaissé.

La densité de ce corps est de 0,9714, et d'après Solly (qui peut-être ne l'a point étudié à l'état de pureté parfaite), de 0,9791, tandis que celle du caoutchouc est de 0,925. Le gutta brûle à la manière des résines, avec une flamme claire et fuligineuse. Soumis à la distillation sèche, il donne naissance à plusieurs produits pyrogénés qui présentent les mêmes caractères organoleptiques et probablement aussi la même composition que ceux fournis en pare lle circonstance par le caoutchouc. Le plus abondant des produits ultimes résultant de cette opération est une huile empyreumatique, analogue à celle qui passe vers 170° quand on distille celui-ci. Il reste dans la cornue un charbon poreux et brillant.

D'après l'analyse élémentaire qu'en a fait M. Maclagan, le gutta percha renferme 86,36 °/₀ de carbone, 12,15 d'hydrogène et 1,49 d'oxigène, composition qui, à part la présence de ce dernier élément, rapproche beaucoup cette substance du caoutchouc. M. Soubeiran l'a trouvée formée de 83,5 °/₀ de carbone, 11,5 d'hydrogène et 5,0 d'oxigène, résultat qui diffère quelque peu du précédent ; cependant si l'on néglige la quantité d'oxigène que l'on peut vraisemblablement considérer comme ayant été absorbée ultérieurement par le gutta, on trouve, d'après le rapport de la quantité du carbone à celle de l'hydrogène, en 100 parties du carbure hydrique qu'ils forment : 87,8 de carbone et 12,2 d'hydrogène, ce qui, à une bien légère différence près, rapporte ces nombres à ceux obtenus par Faraday et Ure, dans l'analyse du caoutchouc, c'est-à-dire 87.2 de carbone et 12,8 d'hydrogène, et assigne à ces deux substances la formule $C^{8} H^{7}$.

Le gutta percha est miscible au caoutchouc avec lequel il s'associe fort bien, soit par l'intermédiaire de la chaleur, soit au moyen d'un dissolvant commun, tel que l'huile rectifiée de térébentine ou la caoutchine; on obtient ainsi un produit mixte, dont on peut à volonté augmenter l'élasticité ou élever le point de ramollissement suivant la quantité relative des deux corps.

Le gutta percha, dont la couleur naturelle est un blanc de chair bistré, qui se fonce en brun de cuir par le contact de l'air, peut, d'après Parkes, être coloré artificiellement, de même que le caoutchouc, au moyen des substances suivantes avec lesquelles on le fait bouillir pendant un certain temps (1/4 1/2 h.). Pour obtenir la coloration en noir, on emploie 1 livre de sulfate cuivrique, 1 livre de chlorhydrate d'ammoniaque et 9 livres d'eau, ou bien, pour la même quantité d'eau, 1/2 livre de sulfate cuivrique et 1 livre de sulfate potassique; — pour le vert : 1/2 livre de sulfate de cuivre, 1 livre de chlorhydrate d'ammoniaque, 2 livres de chaux caustique et 9 livres d'eau; — enfin, pour lui communiquer une teinte rouge pourpre, on le fera bouillir avec 1/4 de livre de sulfate cuivrique, 1/4 de livre de solution d'acide indigo-sulfurique et 1 livre de sulfate de potasse.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE.

Professeur, M. André Uytterhoeven.

CHAPITRE I. — *Fractures.*

Les fractures nous ont présenté beaucoup d'intérêt, tant par la variation des formes et du siége, que par les indications nombreuses relatives au traitement. Parmi les 96 cas que nous avons observés, il se trouvait 25 fractures graves, c'est-à-dire comminutives, compliquées de plaie ou accompagnées d'accidents pouvant devenir funestes.

Le traitement des fractures ne consiste pas à l'hôpital St-Jean en une méthode absolue; le chirurgien en chef s'est toujours efforcé de faire voir à ses élèves que tous les appareils, inventés jusqu'à ce jour, ne remplissaient que *certaines* indications et qu'ils étaient loin de convenir dans tous les cas possibles. C'est dans ce but autant que dans celui de faire connaître les progrès de la science dans cette partie, qu'il fit l'application de la plupart des appareils connus, depuis ceux d'Hippocrate jusqu'aux inventions modernes. De cette manière, l'élève étudiait et vérifiait l'action des différents appareils à fracture; il était à même de juger de leur efficacité ou de leurs défauts.

M. Uytterhoeven a insisté beaucoup sur l'application de tous les appareils, tels que ceux d'Albucasis, de Larrey, de M. Scutin, de Laugier, de Velpeau, de Dieffenbach, etc., etc.

D'accord avec les plus grands chirurgiens, il n'applique ces appareils qu'après avoir combattu les accidents qui peuvent compliquer la fracture. Ainsi, lorsqu'un cas de fracture se présente à l'hôpital, on donne d'abord au membre une bonne position, on met les muscles dans le relâchement, on tente la réduction, et un appareil contentif est appliqué.

En général, si la réduction exige des efforts considérables, on n'insiste pas et l'on applique sur le membre des fomentations narcotiques; dans quelques cas, des médicaments sont administrés à l'intérieur. J'ai vu souvent des fractures se réduire, avec la plus grande facilité, le lendemain ou le surlendemain de leur entrée, alors que le jour de l'accident la réduction était non-seulement excessivement douloureuse, mais souvent impossible.

La fracture est-elle compliquée de contusion très-forte, d'épanchement sanguin considérable, d'inflammation, etc., on met en usage les liquides résolutifs, les irrigations froides ou tièdes, les saignées locales ou générales, les cataplasmes émollients, astringents, antiseptiques, etc.

La saignée générale est bien rarement appliquée dans les fractures des membres; ce n'est que dans les cas graves, accompagnés d'une forte réaction ou d'un accident compliquant la fracture; mais jamais M. Uytterhoeven ne fait des saignées préventives dans la crainte de voir arriver une complication qui n'existe pas.

Le lendemain de l'accident, un léger purgatif est administré si le malade n'a pas été à selle.

La diète n'est jamais sévère lorsqu'il n'existe pas de fièvre, et le plus souvent le blessé mange le 1/4 ou la 1/2 portion, le lendemain de son entrée.

§ 1. *Fracture du crâne, opération du trépan : guérison.* — *Gilson* (*Victor*), âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, entre à l'hôpital le 6 mai 1846, atteint d'une plaie au sommet de la tête avec fracture des os du crâne. Un levier de fer, pesant environ 20 livres, lui tomba perpendiculairement sur la tête du haut d'un bâtiment en construction. A son entrée, on constate les symptômes suivants : perte de connaissance, résolution complète des membres, face pâle, traits immobiles, yeux ternes, agités par moments de mouvements convulsifs, peau froide, pouls petit et lent. Défécation et écoulement d'urines involontaires.

Au sommet de la tête on trouve une plaie d'un pouce de longueur, parallèle à la suture sagittale ; un stylet introduit fait constater un enfoncement de la boîte osseuse, circonscrit par des bords rugueux. (Pansement simple, eau chaude aux pieds, lavement de café et décoction du même médicament à l'intérieur)

Deux jours après son entrée, la chaleur se rétablit, le pouls se relève, la résolution n'est plus aussi complète. On profita de ce moment favorable pour mettre la fracture à nu en pratiquant, sur le cuir chevelu préalablement rasé, une incision cruciale. On put alors constater un enfoncement limité par trois bords rugueux formant triangle et pouvant admettre facilement la pulpe entière du doigt médius. L'indication était manifeste, il fallait relever les fragments enfoncés. On applique donc une couronne de trépan ; la pyram de fut placée un peu en dehors de la fracture, pour avoir un point d'appui fixe, et l'on scia une rondelle osseuse dans laquelle se trouvait comprise une portion de la fracture. La rondelle étant enlevée, on vit que la table interne de l'os était brisée en plusieurs fragments. Un de ceux-ci s'enfonçait directement dans la dure-mère et comprimait le cerveau. On fit l'extraction de cinq esquilles. A cet instant de l'opération, on vit très-bien le sinus longitudinal supérieur.

La plaie fut abstergée et réunie par première intention en laissant toutefois une petite ouverture à l'endroit de réunion des deux incisions, dans laquelle on plaça une petite mèche de charpie. Un pansement léger et simple fut appliqué et le malade fut mis au lit. Quelques heures après l'opération, il se manifesta de la réaction ; le malade est très-agité, sa respiration est gênée. (Application de 12 sangsues aux apophyses mastoïdes.)

Le 7 *mai*, le malade a repris connaissance, mais il existe une stupeur prononcée ; le pouls est plein, lent, peau chaude, halitueuse, respiration gênée. (12 sangsues, saignée de 10 onces, purgatif salin, cataplasme aux pieds, abstinence.)

8 *Mai.* — Amélioration sensible, la face a repris de l'expression, le malade répond aux questions, mais avec lenteur, pouls moins lent, sans plénitude. La respiration est facile. — (Cataplasmes, abstinence.)

9 *Mai.* — L'amélioration continue ; on ôte pour la première fois le pansement ; la plaie est réunie par première intention, mais un des angles s'est renversé et suppure ; le pus est louable. — 1/4 maigre.

Le 12 *mai*, on commence à apercevoir des bourgeons qui s'élèvent de la dure-mère : l'état général est très-satisfaisant. Le 26 mai le centre de la plaie est cicatrisé et le malade sort de l'hôpital radicalement guéri le 6 juin.

§ 2. Une fracture de la mâchoire mérite de fixer notre attention un instant. Un jeune homme tombe d'un second étage sur le menton. Il entre à l'hôpital dans un état affreux ; il y avait une commotion cérébrale très-intense, pouls filiforme, face énormément tuméfiée. La mâchoire était fracturée à la symphyse du menton, à gauche en arrière de la canine, et de chaque côté à l'union des branches avec le corps. Les alvéoles de la mâchoire supérieure qui contiennent les incisives sont brisées. Les os du nez sont mobiles. Une plaie traverse la lèvre inférieure ; une autre existe sous le menton et communique avec la fracture médiane. Le malade resta pendant trois jours sans connaissance. Pour ne pas m'étendre plus longuement sur cette observation, je me bornerai à dire que le café, les résolutifs, les antiphlogistiques, furent employés tour à tour et que le malade sortit parfaitement guéri. Des esquilles nombreuses mais petites sortirent par la plaie du menton : on fut obligé de construire une machine d'argent pour maintenir, au moyen des dents, le fragment mobile en rapport avec les autres. Lorsque le malade sortit, la mâchoire n'offrait qu'une très-faible difformité, produite par l'adhérence de la cicatrice à la symphyse du menton.

§ 3. Les fractures de la colonne vertébrale nous offrent deux cas : le premier consistait dans la solution de continuité d'une apophyse épineuse de la région dorsale, produite par un éboulement de terre. La crépitation était évidente et la commotion de la moelle très-forte. La seule chose digne de remarque dans cette observation, c'est qu'un gonflement de la vertèbre survint, deux mois après, accompagné de douleurs névralgiques rebelles. Une application de cautères et les préparations d'opium à l'intérieur firent disparaître cet état morbide.

La seconde fracture fut produite par une chute sur la nuque, du haut d'un escalier. Le blessé succomba douze heures après son entrée. L'autopsie nous fit voir que l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale était cassée : qu'il existait en outre une luxation de cette vertèbre en avant, sur la sixième. Il y avait aussi forte compression de la moelle et épanchements sanguins dans le canal rachidien.

§ 4. Nous possédons deux observations curieuses de la solution de continuité des os dans le bassin. Dans la première, il s'agit d'une fracture de l'épine iliaque antérieure et supérieure avec une portion d'un pouce et demi de diamètre de l'os iliaque : la guérison se fit sans le moindre accident.

Dereymacker (*Pierre*), 25 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital le 6 août ; il avait été ren-

versé par une charrette qui lui avait passé transversalement et d'avant en arrière sur la moitié gauche du bassin, un peu au dessous du grand trochanter. A son entrée, nous remarquâmes les symptômes suivants: impossibilité de marcher et surtout d'appuyer sur le pied gauche, douleurs très-vives dans la hanche, déformation marquée en dehors de l'articulation sacro-iliaque gauche; crête iliaque du même côté plus élevée que du côté droit. En pressant avec la pulpe des doigts de haut en bas, on constatait l'existence d'un bord rugueux saillant qui était cause de la difformité; à côté de ce bord il y avait un enfoncement: en appuyant sur ce bord on détermina une douleur subite qui fit exécuter au malade un mouvement brusque, pendant lequel on sentit parfaitement la crépitation. Celle-ci avait été perçue aussi en mettant le malade au lit.

Une fracture longitudinale du bassin fut diagnostiquée : elle partait de la partie postérieure de la crête iliaque et se dirigeait verticalement vers l'échancrure sciatique. Il existait une forte contusion avec épanchement de sang considérable : il y avait aussi des fourmillements dans le pied gauche; le plus léger mouvement du membre abdominal de ce côté était tout à fait impossible; le malade ne pouvait exécuter un mouvement du bassin sans ressentir des douleurs atroces, accompagnées de tiraillements et de pincements vifs dans le gland et le méat urinaire. — Rétention d'urine.

Traitement. — Fomentation d'arnica; décubitus sur le côté sain; bandage modérément serré; cathétérisme; huile de ricin.

Le 11 *août*, on lui applique une large ceinture de cuir munie de sous-cuisses. La rétention ne cessa qu'au bout de sept jours; les douleurs diminuèrent peu à peu. Le reste de l'observation ne renferme rien d'intéressant, si ce n'est que la difformité était à peine visible et se trahissait au tact en une légère proéminence du fragment interne, et qu'il y avait un raccourcissement d'une ligne et demie tout au plus du membre abdominal gauche. Nous n'avons pas remarqué la constipation que Dupuytren avait toujours observée dans les fractures du côté gauche.

§ 5. Un homme âgé de 29 ans, d'une forte constitution, avait eu le coude pris entre un mur et le timon d'une voiture. On diagnostiqua une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans vers l'articulation du coude. Quelques jours après son entrée, il se développa un abcès au-dessus de l'olécrâne : on l'ouvrit; du pus et de la synovie sortirent par la plaie qui devint bientôt fistuleuse et fournit pendant longtemps une suppuration de mauvaise nature. Le malade fut plusieurs jours dans un danger sérieux : des sueurs, des frissons, de la diarrhée et d'autres symptômes firent craindre qu'une amputation ne devînt nécessaire. Ces accès de fièvre, qui menaçaient de devenir funestes, se calmèrent et disparurent complétement. M. Uytterhoeven administra dans ce cas l'alcoolature d'aconit, parce qu'il craignait le développement d'une fièvre de résorption. Il fut donné avec les précautions indiquées par M. le

docteur Teissier, c'est-à-dire, après l'emploi des antiphlogistiques.

Est-ce l'alcoolature qui produisit cette guérison? L'expérience l'apprendra; car ce médicament a été et sera encore administré dans les mêmes circonstances, à l'hôpital St.-Jean. Cette fièvre n'était-elle pas une fièvre de résorption ou ne le serait-elle pas devenue? Les éléments ne manquaient pas pour qu'elle se produisît : ouverture et inflammation d'une articulation considérable, fracture dans l'articulation, contusion des os, etc.

Toutefois, l'homme guérit parfaitement au bout de trois mois de traitement : il y avait une ankylose complète, mais on avait eu soin de mettre l'avant-bras dans une légère flexion sur le bras.

§ 6. Les fractures de l'avant-bras et du radius ne doivent pas nous arrêter, mais dans une fracture de l'olécrâne, nous avons observé une particularité assez digne de remarque ; la solution de continuité siégeait tout à fait à la base de cette apophyse : la douleur à la pression, la crépitation, la mobilité du fragment étaient évidentes ; mais les moyens d'extension et de flexion s'exécutaient sans douleur, avec la plus grande facilité et sans produire le moindre écartement entre les fragments. Il est probable que la membrane fibreuse, qui recouvre la face postérieure de l'olécrâne n'était pas déchirée. Le malade guérit sans ankylose.

§ 7. Sur cinq fractures de métacarpiens, nous en observons deux du cinquième métacarpien, l'une vers l'extrémité inférieure, l'autre à la partie moyenne : deux du premier métacarpien, l'une oblique, l'autre compliquée de plaie; enfin le cinquième cas se rapporte à une fracture comminutive des cinq métacarpiens avec gangrène de la main. Cet accident fut causé par l'écrasement de la main entre les cylindres d'un laminoir, et exigea l'amputation de l'avant-bras.

Un de ces cas mérite de fixer notre attention, c'est la fracture du premier métacarpien avec plaie.

Cordier (*Philippe*), 47 ans, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital le 13 octobre, atteint d'une fracture du premier métacarpien, produite par un fusil. Le coup partit avant qu'il n'eût eu le temps de retirer la baguette qui lui traversa la main droite près du premier métacarpien, en entrant par la face dorsale du premier espace interosseux et en sortant par la paume de la main. La plaie présentait une ouverture étroite et arrondie du côté de la face dorsale, de l'autre côté, les chairs font saillie au dehors et l'ouverture est irrégulière. Un grand nombre de grains de poudre sont implantés dans la peau. On fit l'extraction de plusieurs esquilles appartenant au premier métacarpien qui était fracturé en deux endroits. On fit un pansement simple, des irrigations froides avec une décoction de têtes de pavots. Pour ne pas fatiguer nos lecteurs, je dirai que des symptômes inflammatoires se déclarèrent deux jours après, et que l'on employa les antiphlogistiques ; que des abcès se formèrent plus tard et que le pus ne cessa de couler qu'après l'incision du ligament annulaire, le débridement de la plaie et l'extraction d'un os nécrosé : cet os comprenait à une de ses extré-

mités à peu près le tiers de la surface articulaire de la tête du métacarpien. Le malade sortit guéri le 3 décembre, et malgré la perte de substance osseuse, les mouvements furent conservés en partie.

MORVE FARCINEUSE AIGUË SPONTANNÉE CHEZ L'HOMME ; OBSERVATION RECUEILLIE A LA CLINIQUE DE L'HÔPITAL DE NAMUR,

Par J.-B. Bouvier, médecin de bataillon de 2me classe, — et précédée de quelques mots d'introduction, par le médecin principal Fallot.

La morve et le farcin, affections qui semblent ne pas constituer deux maladies différentes, mais seulement deux formes d'une même maladie, étaient considérées, il n'y a pas encore longtemps, comme exclusivement propres à quelques animaux, surtout à ceux de la famille des solipèdes ; elles n'avaient, à ce titre, fait un objet spécial d'étude que pour les médecins vétérinaires seuls, lorsque, au commencement de ce siècle, l'attention des anthropiatres fut frappée de la fréquence des accidents graves présentés par des individus chargés de saigner des chevaux morveux, ou farcineux, et par des vétérinaires qui, en se livrant à des recherches sur les cadavres de ceux-ci, s'étaient fait accidentellement des blessures. Cependant on les attribuait jusque-là à l'absorption d'un pus septique, qui n'avait rien de spécifiquement virulent. On n'y voyait que la reproduction d'un fait malheureusement trop commun chez ceux qui fréquentent les amphithéâtres, surtout parmi les jeunes étudiants qui n'ont pas encore une habitude suffisante des instruments de dissection.

Ce fut en 1812 que Lorin communiqua, dans le *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*, le premier fait de farcin transmis du cheval à l'homme. Isolé jusque-là, il ne produisit pas dans le monde médical la moindre sensation ; et ce ne fut que plus tard, en 1821, lorsque Schelling, médecin de régiment à Berlin, eut rapporté dans le Journal de Rust, (xie vol. 3e cah.) un cas de morve aiguë communiqué d'un cheval à un homme, et observé par lui-même, ainsi qu'un autre fait de même nature recueilli par Weisses, chirurgien de New-Market, que l'observation de Lorin fut retirée de l'injuste oubli dans lequel on l'avait laissée.

Une fois l'attention des médecins appelée sur ce point, les faits se multiplièrent, complets cette fois, authentiques et péremptoires, et tous les pays de l'Europe en fournirent leur contigent. En 1829, deux médecins allemands soutinrent à Berlin des thèses sur ce sujet, et la même année, la *Gazette Médicale* de Londres rapporta un cas bien caractérisé de morve aiguë chez l'homme, décrit par

André Brown. Plus tard, Elliotson, Hufeland, Numann, Alexander et plusieurs autres dont il est inutile de citer les noms, relatèrent des observations semblables. Cependant, et quelque intéressants que fussent ces faits, ils restaient éparpillés dans des journaux, et rien de ce qui regardait la morve humaine n'avait été coordonné et réuni en corps, lorsque, à la suite d'une discussion très-animée au sein de l'Académie de médecine de Paris, à l'occasion d'un cas de mort causée par la morve aiguë, M. le docteur Rayer, dans le service duquel cette mort avait eu lieu, publia, dans le tome VI des *Mémoires de l'Académie*, un travail extrêmement remarquable, riche en faits et en raisonnements, et après la lecture duquel il ne pouvait rester aucun doute sur l'existence de la morve chez l'homme. Au reste, s'il y en avait eu, les faits publiés depuis par MM. Andral, Nonat, Petit, Bérard, Leblanc, De la Harpe et d'autres que je passe sous silence, l'auraient complétement dissipé. Depuis lors il ne se passe guère d'année, sans qu'on en recueille de nouveaux cas, et je ne forme aucun doute, que, lorsque l'affection sera mieux étudiée, quand les signes par lesquels elle se différencie de celles avec lesquelles on est le plus exposé à la confondre, seront mieux déterminés, on reconnaîtra qu'elle est beaucoup plus commune qu'on ne l'avait cru d'abord.

C'est donc un fait désormais acquis à la science que la morve et le farcin, transmissibles de cheval à cheval à tous leurs degrés, peuvent aussi se communiquer à l'homme : point de la plus haute importance en hygiène publique. Des expériences faites avec le plus grand soin, et avec toutes les garanties nécessaires, établirent aussi, que, de même que la morve et le farcin sont transportables du cheval à l'homme, il peuvent à leur tour être reportés de l'homme au cheval par voie d'inoculation. D'après cela, il n'y eut plus moyen de douter que la morve des chevaux et celle de l'homme ne fussent deux maladies identiques, ce qui avait été contesté jusqu'alors.

Tel était l'état de la science sur ce point intéressant de pathologie, quand, il y a peu d'années, M. le docteur Teissier recueillit à l'Hôtel-Dieu de Paris l'observation d'une maladie qui présentait tous les caractères principaux de la morve farcineuse aiguë, et qui s'était déclarée chez un homme qui n'avait eu aucun rapport avec des chevaux. (Voyez *Encyclographie des Sciences médicales*, 4me série, tome VIII, p. 850). Disons de suite que, malgré l'absence de quelques symptômes de la morve chevaline, le jetage par exemple, il ne put rester aucun doute sur la nature de cette maladie, puisque le pus pris dans un des abcès du malade, et inoculé par MM. Teissier et Boulay à un cheval, produisit chez celui-ci une

morve confirmée. — On doit inférer de ce fait que la morve peut naître spontanément chez l'homme, quoiqu'il ne soit pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de constater, que les malades n'ont pu avoir aucun contact avec des animaux infectés. Ce serait cependant tourner dans un cercle vicieux, que de prétendre que tout individu farcineux ou morveux doit nécessairement avoir communiqué avec des chevaux atteints de farcin ou de morve ; ce serait, me semble-t-il, mettre en fait ce qui est en question. La variole, la syphilis, la gale, la rage, et généralement toutes les maladies que l'homme contracte d'ordinaire par contagion, peuvent naître aussi chez lui spontanément, et pour ainsi dire de toutes pièces. Lorsque, malgré les investigations les plus sévères et les plus consciencieuses, l'on ne peut découvrir qu'il y a eu communication entre un individu porteur de morve ou de farcin et des animaux infectés, n'est-il pas plus rationnel de conclure à la possibilité d'une morve spontanée, que de supposer un contact dont tout atteste l'impossibilité? Donnant pour bornes au possible celles de son intelligence, conclura-t-on à une communication préalable que tout dément, par la raison que, sans cette communication, on ne conçoit pas comment la maladie aurait pu naître ? J'arrête ici ces courtes réflexions, sur lesquelles je reviendrai peut-être un jour, pour faire place au récit du fait qui y a donné lieu.

Il s'agit d'une maladie qui, comme on va le voir, a présenté, tant dans son expression phénoménale que dans les désordres qu'elle a laissés à sa suite, une parfaite ressemblance avec la morve farcineuse aiguë : c'est ainsi qu'en ont jugé les médecins vétérinaires qui, avec moi, ont visité le malade et assisté à l'autopsie de son cadavre. On sait que les morves observées jusqu'ici dans l'espèce humaine, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, ont présenté concurremment les symptômes de la morve et du farcin. Il me paraîtrait difficile d'élever des doutes sur la nature de cette maladie; cependant je reconnais qu'il manque une chose essentielle à la démonstration, c'est la reproduction de la maladie, chez un individu sain, par l'inoculation du sang ou du pus recueilli sur notre malade, mais c'est par des circonstances tout à fait indépendantes de notre volonté que cet essai n'a pas été fait. — Comme, de nos démarches et de nos recherches, il est résulté la certitude que notre morveux n'avait communiqué avec aucun cheval infecté, ni manié aucun objet qu'on pourrait considérer comme véhicule de la contagion, j'ai pensé que j'avais en affaire à une morve farcineuse spontanée, affection dont l'observation de M. Teissier a déjà fourni un exemple. Pour que le lecteur soit mis à même de former son opinion en pleine connaissance de cause, j'ai pensé convenable de

reproduire l'observation sous sa forme primitive de journal, avec tous ses détails, et telle qu'elle a été rédigée à la clinique par M. le docteur Bonvier, attaché à cette époque à mon service comme médecin adjoint.

Obs. — Le nommé Verbist, lancier, âgé de 21 ans, blond, gros, d'une taille moyenne, squelette régulier, tempérament lymphatico-sanguin, né de parents sains, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 14 janvier 1846. Il nous rapporte, que l'année dernière, vers la même époque, il a eu une fluxion de poitrine dont il a été débarrassé au bout d'une quinzaine de jours par la saignée et la diète. La veille de son entrée, étant de corvée à la caserne, il a éprouvé soudain un long et douloureux frisson suivi de courbature, de céphalalgie, d'accablement et d'une douleur pongitive au-dessous du mamelon droit, douleur que la toux et les mouvements augmentent.

Ce qui nous frappe à son entrée, c'est l'abattement dans lequel il est plongé et qui contraste avec les autres symptômes : face tirée, yeux rouges, langue blanche, large, appétit nul ; toux sèche, courte, expectoration blanche, visqueuse ; pouls à 86, régulier, égal, mou ; peau molle, souple ; râle muqueux à la base du poumon gauche, en arrière, son clair ; à la face antérieure et inférieure du thorax droit, il existe un point douloureux fixe, avec souffle bronchique et son mât dans une assez grande étendue ; plus haut, râle sous-crépitant.

Diagnostic : catarrhe pulmonaire à gauche, pleuro-pneumonie à droite. (Prescription : saignée de trois palettes ; tisane pectorale, diète.) Le sang offre une caillot large, assez résistant, toutefois peu rétractile, sans couenne.

Le 15. L'état général du malade n'étant pas changé, et les phénomènes locaux étant les mêmes, on passe incontinent au tartre stibié (6 grains dans 6 onces d'eau avec 1 once de sirop de diacode, administrés par cuillerée). Cette potion excite le vomissement à chaque prise, il survient de la diarrhée ; on en suspend l'emploi le soir. Le lendemain matin, on essaie d'y revenir, ses effets sont les mêmes ; on y renonce.

Le 16. Point de côté plus douloureux, frottement pleural, toux petite, saccadée, crachats blancs, visqueux, âcres ; langue sèche ; pouls à 100, mou, facile à déprimer, présentant, avec ce caractère qu'on appelle *rédondant*, une espèce de dureté particulière que j'essaierais vainement de décrire, et que je ne me rappelle pas avoir rencontrée jusque-là. M. Fallot nous dit qu'il l'a notée plusieurs fois dans les fièvres de mauvais caractère, dites malignes—

(15 sangsues sur le point douloureux, cataplasmes, tisane pectorale, lavement émollient.)

Au soir, le malade se sent soulagé, la respiration est moins gênée, l'accablement moins grand : nous ne remarquons cependant aucun changement dans les phénomènes objectifs.

Le 17. Facies meilleur, moral ranimé, langue muqueuse, humide; râle crépitant à la base du poumon droit, matité moins étendue. Soulagement de la douleur, toux plus facile, frottement pleural moins âpre; peau molle, pouls à 80, toujours rédondant; ventre souple, une selle abondante, stercorale; urines acides, louches. Au soir, réaction vasculaire très-prononcée, face rouge, yeux injectés, pouls vibrant, peau chaude, respiration gênée, point pleurétique. — (Saignée du bras, scarifications sur le côté douloureux.) Le sang offre un caillot large, mou, sans couenne.

Le 18. Nuit fâcheuse, toux fatigante, sèche; urines troubles, jaunes, sales, laissant précipiter une matière semblable, pour la couleur, à la levure de bière, mais restant louches après avoir déposé ce sédiment. Du reste même état.. — (Boissons émollientes.)

Le 19. Nuit asssez calme, toux grasse, urines troubles, une selle liquide ; l état du poumon reste le même.

Le 20. Urines abondantes, ne rougissant pas le papier de tournesol, déposant une grande quantité de mucus coloré en jaune; peau humide, pouls toujours rédondant, autour de 100. Cependant l'engorgement du poumon augmente, et pour la première fois, nous entendons de l'égophonie. Le malade reste toujours affaissé; langue sèche, brune, croûteuse.

Le 21. Les piqûres des sangsues et les mouchetures des ventouses sont vivement enflammées et douloureuses; nous sommes frappés de la rapidité avec laquelle cette inflammation est montée au degré où nous la remarquons; la peau est empâtée, sa rougeur est sombre. L'état général reste le même.

Dans la nuit, il survient une abondante diaphorèse, après laquelle le pouls s'assouplit un peu. A la visite, le malade se dit être mieux ; cependant les symptômes objectifs sont les mêmes, l'inflammation autour des piqûres de sangsues s'étend. Les urines, devenues limpides, rouges, sont de nouveau très-acides.

Le 23. Diaphorèse pendant la nuit; sentiment de mieux-être; respiration plus facile, expectoration bronchique, opaque, pouls moins vibrant, descendu à 80; phénomènes stéthoscopiques sans variation; ventre souple, urines toujours ardentes, limpides.

Le 24. Nuit mauvaise, ce que le malade attribue aux souffrances causées par l'inflammation de la peau du côté droit de la poitrine. Le pus est infiltré dans le tissu cellulaire, la peau conserve l'im-

pression du doigt, elle est d'un rouge-bleuâtre. Il y a cependant un peu d'amélioration dans l'état général et moins d'abattement et de découragement. L'auscultation est impossible en avant; en arrière, on trouve toujours du souffle bronchique et de la crépitation; urines limpides; ventre mou, indolent; selles jaunes, liquides.

Le 25. Continuation du sentiment de mieux-être. Sensation d'appétit, langue moins chargée et moins sèche; cependant le pouls a repris sa rédondance et l'air ne pénètre qu'avec peine dans le poumon droit. Même état des urines.

Le 26. On ouvre deux petits phlegmons sur la poitrine, le pus est louable; la respiration est plus facile, et l'air descend plus librement dans les bronches; la langue continue à se nettoyer. Toutefois les urines restent rouges, limpides, fortement acides, et le pouls conserve le caratère particulier déjà tant de fois signalé. Le malade demande instamment à manger : suivant lui, c'est l'abstinence qui cause sa faiblesse, c'est du vin et de la viande qu'il lui faudrait. — (On lui occorde deux soupes).

Le 27. On n'entend plus d'égophonie, pourtant on distingue encore à l'angle inférieur de l'omoplate du souffle tubaire; l'expectoration est rare, difficile, visqueuse. C'est ce qui décide à recourir encore une fois au tartre stibié (même potion que plus haut), mais ce sel antimonial excite de nouveau des vomissements et de la diarrhée, et l'on est forcé d'en abandonner l'emploi. On y substitue l'oxyde blanc d'antimoine, à la dose d'un gros; ce médicament est bien supporté.

Le 28. Journée et nuit passables, un peu de sueur; vers le matin, quelques heures de sommeil, mais le caractère du pouls et des urines ne change pas; selles jaunes, limpides. — (Oxyde blanc d'antimoine comme plus haut).

Le 29. Absence du bruit respiratoire et matité à droite, respiration puérile à gauche, pommette droite colorée; urines comme hier. Tout en désirant vivement des aliments, le malade ne peut en ingérer. En explorant le bras gauche, nous y découvrons trois abcès : un à la partie moyenne externe, un autre un peu au-dessus et plus en arrière, un troisième à la partie moyenne externe de l'avant-bras. Ils sont peu douloureux à la pression et la peau correspondante n'a subi aucun changement de couleur. On recouvre les abcès de cataplasmes de farine de lin.

Au soir, on trouve la paupière supérieure gauche érysipélateuse et infiltrée. L'aile gauche du nez est tuméfiée, d'un rouge livide; sur ce point, et particulièrement à la racine des cheveux, apparaissent quelques taches acuminées d'un rouge obscur.

Le 30. Jactitation continuelle; l'érysipèle s'est étendu sur tout le front, il est très-douloureux.

L'épiderme, en se soulevant, forme des bulles qui sont remplies d'un liquide noirâtre. Tout le côté droit du thorax est envahi par un érysipèle violacé, et offre les mêmes phlyctènes gangréneuses; langue et dents sèches, pouls vibrant, ventre souple, mou; ténesme.

Le 31. L'érysipèle couvre toute la face; à côté et entre les phlyctènes apparaissent des pustules globuleuses, arrondies, entourées d'une aréole rouge et présentant la forme et l'aspect de celles de la varicelle ou du pemphigus. Pendant la nuit l'érysipèle envahit le membre thoracique droit.

Le 1er février. Profond accablement, rêvasseries, envies de vomir, langue sèche, brune, peau aride, ténesme incessant; déglutition laborieuse; urines troubles, selles acides. Toute la face est parsemée de pustules, il en survient au cou et sur le tronc. Toutes les articulations des doigts sont rouges, gonflées, excessivement douloureuses; la peau du bras droit est énormément tendue, d'un rouge violet. Le nez, les lobules des oreilles sont couverts de phlyctènes. En se détachant, l'épiderme laisse à découvert le derme gangrené, infiltré de sang et comme ecchymosé.

Le 2. Nuit affreuse, gémissements délirants, l'aspect du malade est hideux; la face, énormément tuméfiée, présente de larges plaques gangréneuses, des bulles remplies de sanie noirâtre et des pustules pleines d'un pus épais et d'un blanc mat; le nez est élargi; de la fente des paupières boursoufflées, violettes, suinte un liquide âcre, ténu, sanguinolent. Le bras gauche, doublé presque de volume, est d'un rouge-violet, luisant, tendu, chaud. Son attouchement réveille le malade de la torpeur dans laquelle il est plongé.

Mort à 9 heures du soir, après une longue agonie.

Nécroscopie. — *Habitude extérieure.* — Aspect hideux, traits entièrement méconnaissables. La face, le cou et le tronc sont couverts de pustules nombreuses, circulaires, remplies d'un pus épais, opaque, jaune. Dans les intervalles se trouve une innombrable quantité de phlyctènes de grandeur différente, de forme irrégulière, remplies de sérosité rousse et noirâtre.

Tissu cutanéo-cellulaire et musculaire. — En disséquant la peau qui recouvre la région mammaire droite, on voit ce tégument altéré dans toute son épaisseur : il est lardacé, compacte, endurci. Le pus formé dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui en est abreuvé dans une grande étendue, paraît s'être fait jour au travers de la peau et s'être colligé sous forme de pustules. Si on

porte le scalpel plus profondément, on voit le muscle grand pectoral altéré dans toute son épaisseur; le pus est infiltré entre ses fibres qui sont désunies et pâles. Plus profondément encore, sur le muscle petit pectoral, les ravages sont moins grands; là, l'infiltration du pus n'a pas encore eu lieu, mais si on incise le muscle, on voit de tous côtés de petites collections purulentes s'ouvrir et donner issue à une matière que nous décrirons tantôt.

Le membre supérieur gauche offre une quantité innombrable de fusées purulentes, occupant les interstices des muscles et disséquant pour ainsi leurs attaches tendineuses; d'autres, de grandeur différente, sont formées dans l'épaisseur même des masses musculaires, elles sont circonscrites et séparées les unes des autres par la substance musculaire intacte. Aucune de ces collections n'offre, à une investigation minutieuse, de membrane pyogénique. C'est dans les plus profondes que le pus colligé se présente surtout, tandis que, dans les plus superficielles, il est plutôt diffus et infiltré. Dans les muscles du mollet, surtout à gauche, bien qu'aucune pustule n'existe à la peau, on remarque cependant de petits abcès ayant les caractères qui viennent d'être cités dans les muscles profonds.

Abcès volumineux dans le grand angle de l'œil gauche. — Le pus qui s'écoulait de ces divers abcès était d'autant plus sanieux qu'il provenait d'une partie plus superficielle du corps. Nulle part il n'avait cette consistance crémeuse, cette blancheur d'émulsion qu'on rencontre dans les phlegmons abcédés de bonne nature; il était grisâtre, diffluent, assez semblable à celui qu'on voit provenir des cavernes tuberculeuses dans la dernière période de la phthisie.

Les articulations du coude, des deux côtés, et de l'épaule à droite, présentaient une synovie évidemment altérée; elle était abondante, très-liquide, peu onctueuse et verdâtre; cependant il n'y avait aucune changement dans l'aspect des surfaces articulaires.

Appareil sanguin. — Le cœur est sain; quelques caillots fibrineux assez résistants dans les ventricules; le sang contenu dans les divers vaisseaux est excessivement liquide; il y a épanchement séreux, mais peu abondant, dans le péricarde; les artères et les veines, tant des membres que des cavités splanchniques, ne présentent aucune altération dans leurs tuniques. — On comprend de quelle importance il était, au milieu des opinions professées sur l'étiologie de l'infection purulente, de bien s'assurer de l'état des vaisseaux.

Cerveau. — Gorgé de sang veineux; infiltration de sérosité

roussâtre dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; sérosité limpide abondante dans les ventricules ; substance cérébrale saine.

Poumons. — Le poumon droit est crépitant à sa partie supérieure : il y a hépatisation dans toute l'épaisseur du lobule inférieur ; le poumon gauche est infiltré et engoué ; la cavité pleurale gauche contient un liquide roussâtre, et des brides gélatineuses unissant les deux plèvres ; des noyaux sanguins très-nombreux non crépitants, friables, sont éparpillés dans les deux poumons ; ils varient en grandeur, mais en général ils ont celle d'une petite noisette.

Le *foie* est sain, seulement il est très-volumineux et gorgé de sang.

Rate saine.

Le *tube intestinal* n'offre rien à noter, si ce n'est dans la muqueuse du gros intestin, où l'on remarque, indépendamment d'une rougeur manifeste, due à l'injection des vaisseaux, un grossissement notable des glandes ; mais le séjour, pendant 24 heures, de cette partie dans l'eau a fait disparaître tous les symptômes congestifs.

A l'exception d'un peu de boursouflure et de rougeur, la pituitaire des fosses nasales et des sinus ne présente rien d'anormal.

(*Archives de la médecine militaires*, avril 1848.)

SERVICE CHIRURGICAL DE L'HOPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES.

AMPUTATION DE LA CUISSE ; RÉFLEXIONS SUR LE MODE DE PANSEMENT EMPLOYÉ, EN PAREIL CAS, PAR M. SEUTIN.

Observation communiquée par C. L. Leto, médecin de bataillon de 1re classe.

Le nommé Cleyens, Louis, âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, soldat au régiment des guides, entra à l'hôpital militaire de Bruxelles le 19 novembre 1846 pour y être traité d'une hydarthrose du genou. Cette maladie s'était déclarée à la suite d'un coup de pied de cheval reçu, trois mois auparavant, sur cette articulation, et à la suite duquel il avait toujours conservé un gonflement plus ou moins douloureux de cette partie.

Le premier traitement mis en usage fut la compression au moyen d'une bande roulée et amidonnée, partant de la racine des orteils et s'étendant jusqu'au-dessus du genou. Ce moyen fut employé sans résultat jusqu'en mars 1847, époque à laquelle quatre moxas furent appliqués autour de l'articulation. On entretint la suppuration des plaies qui en résultèrent jusqu'au commencement du

mois d'août suivant, sans avoir obtenu aucune amélioration. On revint alors à l'emploi du bandage compressif ; mais la compression ne put être supportée par le malade, le genou étant devenu extrêmement douloureux. Des cataplasmes émollients furent ensuite appliqués, et vers la fin de septembre un abcès se forma à la partie supérieure et interne de la jambe. Une incision d'un pouce de long donna issue à une matière abondante. Dès lors les symptômes inflammatoires augmentèrent de jour en jour, et le 1er octobre suivant, époque à laquelle je repris le service de la chirurgie, l'articulation était en pleine suppuration ; ses mouvements étaient très-douloureux. L'ouverture de l'abcès étant insuffisante pour donner une issue facile au pus, je fis une seconde incision à la partie externe du genou, et j'appliquai un bandage amidonné comprimant la jambe, la cuisse et le bassin, en ayant soin d'y laisser des ouvertures correspondant aux incisions, pour faciliter la sortie du pus. Je plaçai trois attelles en carton, une postérieure et deux latérales, fixées par quelques tours de bande pour obtenir l'immobilité de l'articulation. Le malade put dès lors se coucher sur le côté, et les douleurs excessives qu'il ressentait au moindre mouvement cessèrent complétement. Cependant la suppuration restait toujours très-abondante, la fièvre hectique continuait, et des fusées purulentes s'étaient établies le long des muscles de la cuisse. Quelques symptômes de résorption purulente s'étant déclarés, l'amputation de la cuisse fut jugée nécessaire par tous les officiers de santé présents. Je la pratiquai le 28 octobre, et voici les particularités qu'elle offrit :

Une grande quantité de pus s'écoula au moment où je fis l'incision des parties molles ; les muscles, baignés par cette matière purulente qui se trouvait dans leurs interstices, ne se rétractèrent pas après leur section ; ils offraient au toucher la sensation d'une substance lardacée. Cette disposition fâcheuse ne nous permit pas de relever convenablement les chairs et de faire la section de l'os, à une hauteur assez élevée pour obtenir un moignon qui présentât la forme d'un cône creux parfait. Ce défaut d'élasticité nous offrit également de la difficulté pour faire la ligature de plusieurs artères, parce que ces vaisseaux, adhérant aux tissus voisins, ne se laissaient plus allonger par la pince, et offraient peu de prise à la ligature. Malgré l'état défavorable des tissus, malgré l'étendue des clapiers qui envahissaient la moitié de la cuisse, M. Seutin qui était présent à l'opération, convaincu des dangers presque toujours mortels des amputations pratiquées à la partie supérieure de la cuisse, m'engagea fortement à faire l'opération le plus bas possible, persuadé qu'il était, que, par la section des chairs, les

tissus anormaux reviendraient à un état d'amélioration telle, qu'une cicatrice convenable en serait le résultat. M. Seutin comptait beaucoup sur le mode de pansement qu'il a adopté pour les amputations, et particulièrement pour celles qui offrent des complications.

Voici son procédé :

Un aide fut chargé de rapprocher transversalement les lèvres de la plaie et d'exercer une légère traction d'arrière en avant pendant que M. Seutin faisait l'application d'une bande roulée du haut en bas de la cuisse, dans le but de paralyser l'action musculaire, de rapprocher les parois des clapiers, et de favoriser ainsi l'expulsion du pus. Deux bandelettes légèrement amidonnées furent appliquées en guise de bandelettes agglutinatives pour réunir les lèvres de la plaie; elles furent fixées sur la première bande, de manière qu'on pût les enlever sans déranger celle-ci. Une plaque de carton, légèrement mouillée et amidonnée, garnie de taffetas ciré, et doublée d'une plaque mince de plomb de même grandeur, fut placée à la partie postérieure de la cuisse, puis une attelle en carton à la partie antérieure, en laissant entre leurs bords latéraux un intervalle d'un pouce, pour permettre aux ciseaux de passer, si plus tard on jugeait la section du bandage nécessaire. Ces pièces convenablement garnies de linge furent fixées au moyen de bandes roulées et amidonnées. Une troisième attelle en carton, plus longue, et en forme de gouttière, fut également appliquée à la partie postérieure; elle s'étendait en haut jusqu'au-dessus de la fesse pour maintenir l'immobilité de l'articulation coxo-fémorale ; en bas, elle dépassait d'un pouce et demi le niveau de la plaie, pour garantir celle-ci des chocs extérieurs ; une bande roulée, terminée par le spica de l'aine, fixait cette pièce de carton.

Cette partie du pansement est destinée à rester en permanence, à moins qu'il ne survienne des accidents tels qu'abcès, fusées, etc.: dans ce cas, on ouvre le bandage de chaque côté.

Le reste du pansement doit être renouvelé chaque jour ; il consiste dans l'application, sur l'extrêmité du moignon, d'un linge criblé et cérate qui le recouvre en entier ; d'un plumasseau de charpie, d'étoupes, et d'une compresse fixée par une bande.

Le malade fut remis immédiatement au lit et le moignon placé dans une position déclive, de manière à faciliter l'écoulement de la sanie et du pus. (*La suite à un prochain numéro.*)

(*Archives de la médecine militaire*, mai 1848.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — N° 6.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communication du gouvernement.

M. le ministre de l'intérieur informe l'Académie que l'art. 2 de l'arrêté royal du 23 décembre 1847, relatif à la publicité des séances de la Compagnie, autorise implicitement ce corps à modifier son règlement conformément aux dispositions de l'article Ier de cet arrêté.

Rapport de la Commission chargée d'examiner les questions qui se rapportent à la demande que M. le ministre de l'intérieur a faite à la Compagnie sur le choléra-morbus asiatique. — M. Raikem, rapporteur.

Conclusions. — Art. 1. Dans l'ignorance où l'on est sur la cause virtuelle ou efficiente du choléra-morbus épidémique, s'ingénier à combattre efficacement les causes auxiliaires ou prédisposantes qui en favorisent singulièrement l'invasion et influent si puissamment sur sa propagation, sa gravité, son traitement et sa terminaison. »

« Art. 2. Veiller soigneusement à l'entretien de la santé publique, chercher, par tous les moyens disponibles, à anéantir, à cor-

riger ou du moins à atténuer les causes d'insalubrité, en plaçant les classes pauvres et laborieuses dans des conditions physiques semblables à celles où se trouvent ordinairement les personnes qui sont dans l'aisance. »

« Art. 3. Pourvoir à l'assainissement des villes et des campagnes, ainsi qu'à l'amélioration du sort des indigents et à leur éducation. »

« Art. 4. Prescrire aux magistrats de ne rien négliger pour écarter tout ce qui peut favoriser le développement du fléau. »

« Art. 5. Prendre soin d'entretenir la plus grande propreté dans les lieux habités, dans les demeures, sur les personnes et dans les vêtements. »

« Art. 6. Dans l'imminence du fléau, faire souvent balayer dans les villes, bourgs et villages, non-seulement pendant le jour, mais même pendant la nuit, les rues, les ruelles, les carrefours, les places publiques, les marchés, etc.; n'y laisser jamais séjourner des boues, des immondices, des ordures, des excréments, des matières animales et végétales en putréfaction. »

« Art. 7. Favoriser le libre et facile écoulement des eaux pluviales, ménagères et autres, répandues à la surface du sol, et ne laisser nulle part croupir, auprès des habitations, des mares bourbeuses et putrides. »

« Art. 8. Faire curer les égouts, les fosses, les étangs, les canaux, les rutoirs, les fosses à fumier, etc., pendant l'hiver ou au commencement du printemps. »

« Art. 9. Disposer le périmètre des marais, des fossés et des étangs, même des rivières à cours lent, dont le lit reste en partie découvert pendant l'été, de manière que leurs eaux soient constamment élevées et tiennent les bords submergés, à moins que les circonstances n'aient permis d'en opérer le curage ou le desséchement avant l'apparition de l'épidémie. »

« Art. 10. Si le fléau vient à sévir dans une localité, différer ou interdire le curage ou le desséchement des eaux stagnantes environnantes, à moins qu'il n'y eût nécessité impérieuse d'en agir autrement; s'opposer même alors à la pêche dans les lacs et dans les étangs, quand celle-ci ne peut avoir lieu sans avoir d'abord donné écoulement aux eaux, et sans avoir mis à nu la vase putrescible de leur fond. »

« Art. 11. Faire procéder à l'inspection et au nettoiement des puits, des citernes, des fontaines, des pompes et des abreuvoirs.

« Art. 12. Que les latrines publiques, et même les latrines privées, dans l'occurrence, soient visitées et vidées; qu'on fasse clôturer celles dont l'insalubrité flagrante est irremédiable à défaut d'écou-

lement fixe ou d'autre moyen propre à en garantir l'innocuité. »

« Art. 13. Exercer une surveillance spéciale incessante, dans le but d'y entretenir la plus parfaite salubrité, sur tous les établissements publics où se réunit une population agglomérée, comme les théâtres, les casernes, les prisons, les hôpitaux, les écoles, les colléges, les universités, ainsi que les ateliers, les fabriques, les manufactures, particulièrement celles réputées insalubres, susceptibles de compromettre la santé publique, par leur mauvaise tenue et par les vapeurs malfaisantes qu'elles répandent, en sauvegardant autant que faire se peut les intérêts particuliers. »

« Art. 14. Agir de la même manière à l'égard des abattoirs, des boucheries, des cimetières, des chantiers d'équarrissage, des magasins, des boutiques, des caves, des greniers, des étables, des écuries, des garnis, des maisons occupées par des familles pauvres, par des chiffonniers, des boyaudiers, des marchands de chevaux ou de bestiaux, des personnes qui élèvent des porcs, des poules, des lapins, etc, lieux où l'air est souvent impur, contaminé et incomplétement renouvelé. »

«Art. 15. Répandre souvent des chlorures dans les lieux d'aisance, dans les cabinets de garde-robe, dans les éviers, dans les conduits des eaux ménagères, dans les endroits où se rassemblent un grand nombre de personnes, dans les boucheries, les abattoirs, les marchés aux poissons, dans les chambres mortuaires, etc., enfin partout où se forment de mauvaises émanations. »

« Art. 16. Dans des circonstances autres que celles énumérées (art. 15), le meilleur et le principal remède à opposer à l'action délétère des miasmes infectants est le large accès d'un air pur et sa rénovation. »

« Art. 17. Que les habitations des gens pauvres soient toujours bien tenues et assainies ; qu'on y prévienne l'encombrement des locataires ou qu'on y mette obstacle, et quand il existe, qu'on se hâte de le faire cesser. »

« Art. 18. A l'approche de la maladie, disperser ou disséminer la partie de la population qui encombre les habitations étroites et malsaines, en lui procurant des logements spacieux, bien aérés et bien ventilés, jusqu'à ce que le danger soit passé. »

« Art. 19. Les maisons, qui ont été depuis peu envahies par les eaux des rivières débordées, ne doivent être habitées qu'après avoir été parfaitement desséchées et purifiées dans toutes leurs parties. »

« Art. 20. Pourvoir aux approvisionnements et assurer les subsistances. »

« Art. 21. Faire inspecter et vérifier, par des experts, l'état des

matières alimentaires mises en vente dans quelque lieu que ce soit ; proscrire sévèrement toutes celles qui présentent des qualités équivoques ou mauvaises, ainsi que des traces d'altération ou de sophistication. Les fruits non mûrs, les légumes, la chair de porc, les viandes salées, fumées ou faisandées, les poissons marinés, les melons, les concombres, etc., réclament surtout une attention spéciale de la part de la police sanitaire. »

« Art. 22. Recommander la tempérance et la sobriété, et l'observance d'un régime alimentaire nourrissant non exclusivement végétal, mais composé de substances animales et végétales. »

« Art. 23. Rappeler aux administrations communales les principales obligations que la loi prescrit concernant les aliments et les boissons. »

« Art. 24. Notifier au public, par tous les moyens de publicité possibles, qu'un mauvais régime et des actes d'intempérance provoquent souvent le développement du choléra-morbus épidémique, et que l'usage d'aliments indigestes, des excès dans le boire et le manger, l'abus des liqueurs alcooliques, l'ivrognerie, l'incontinence, l'usage de glaces et de sorbets, l'ingestion de boissons très-froides, etc., sont autant de causes susceptibles de lui donner naissance. »

« Art. 25. Exhorter le peuple à s'abstenir de l'usage de tout remède quelconque, soit préservatif, soit curatif, sans le conseil ou l'assentiment d'un médecin. »

« Art. 26. Ne faire établir sur les frontières continentales ni cordons sanitaires, ni lazarets, ni quarantaines, dans la vue d'empêcher l'invasion du choléra, l'expérience ayant prouvé que ces moyens offrent plus d'inconvénients que d'avantages. »

« Art. 27. Cependant, s'il se présentait, dans l'un de nos ports maritimes, des navires à bords desquels la maladie se serait manifestée ou aurait fait des victimes, ces bâtiments ne devraient pas être admis à la libre pratique, mais il faudrait les soumettre au régime de la patente suspecte et partout leur faire subir une quarantaine de douze jours au moins. »

« Art. 28. Multiplier les secours publics accordés aux malades indigents et assurer la nourriture aux pauvres ; leur procurer des vêtements, des combustibles, des couvertures, leur distribuer souvent de la paille fraîche dont ils ont besoin pour le couchage. »

« Art. 29. Instituer dans chaque commune, afin de veiller à tout ce qui concerne la salubrité, des Commissions sanitaires. Ces Commissions, composées du bourgmestre, d'habitants notables, de médecins et de pharmaciens, donneront leurs avis sur les changements et les améliorations dont seront susceptibles les localités

confiées à leur surveillance, dans le but de s'opposer aux progrès du choléra et de venir en aide à ceux qui seraient atteints de la maladie. »

« Art. 30. Dans chaque quartier, district ou section des villes, établir, en outre, des sous-commissions sanitaires chargées de visiter les rues, les places, les marchés, les établissements publics et privés, les maisons, etc., de rechercher les causes d'insalubrité, de les faire connaître, d'en signaler le danger aux habitants, en les engageant à y remédier, autant que possible, sous les ordres de l'administration. A ces Commissions pourront être confiées toutes les attributions jugées utiles dans l'intérêt de l'amélioration de la situation des pauvres et de la santé publique. Elles correspondront avec les Commissions sanitaires centrales et les administrations communales auxquelles elles ressortissent, et seront composées du curé ou du vicaire de la paroisse, de trois notables, dont un maître des pauvres ou un membre du bureau de bienfaisance, d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien. »

« Art. 31. Engager les maîtres des pauvres, les membres des bureaux de bienfaisance, les ecclésiastiques des paroisses et toutes les personnes charitables, qui ont de l'influence sur la partie misérable et peu éclairée de la population, à visiter les familles indigentes, pour leur faire sentir que la malpropreté, l'humidité, l'entassement, le défaut d'aération, de ventilation et de lumière solaire dans les habitations, le manque de vêtements convenables, l'intempérance, l'exposition prolongée aux intempéries atmosphériques, les excès de tout genre, notamment l'ivrognerie, favorisent le développement de la maladie et en aggravent les effets. Ils tâcheront d'empêcher que plusieurs cholériques couchent ensemble ou soient réunis dans un local trop exigu ou contenant d'autres individus bien portants. »

« Art. 32. Augmenter le nombre des médecins des pauvres ou de bienfaisance, pour que tous les malades indistinctement soient visités et secourus sans délai. »

« Art. 33. Dans chaque quartier des villes populeuses, dans toutes les communes, établir, sous la direction des Commissions sanitaires, des bureaux de secours ou des ambulances, auxquelles seront attachés deux médecins au moins, afin qu'ils puissent, au besoin, se relayer et qu'il y en ait toujours un en permanence, jour et nuit, prêt à donner ses soins et ses conseils à ceux qui viennent les implorer. »

« Art. 34. Ces bureaux de secours doivent être pourvus : 1° d'un brancard couvert, muni d'un matelas, de couvertures et de tout ce qui est nécessaire pour le transport des malades ;

2° d'une boîte de médicaments ; 3° des objets indispensables pour l'admistration et l'emploi des premiers remèdes. »

« Art. 35. Comme le fléau, dès qu'il a pénétré dans une maison, n'est pas seulement redoutable pour ceux qu'il frappe, mais menace encore d'attaquer les individus sains qui l'habitent, l'un des principaux moyens à employer, pour en préserver ces derniers, est de les disperser eu leur procurant des habitations salubres, loin des foyers morbifiques. »

« Art. 36. Quand les malades appartiennent à la classe indigente, il faut les déterminer, par la persuasion, à se laisser aussitôt transporter dans un des hôpitaux destinés aux cholériques. »

« Art. 37. Conserver aux hôpitaux ordinaires leur destination habituelle ; n'y point admettre de cholériques. »

« Art. 38. Il est indispensable d'instituer des hôpitaux temporaires bien organisés, réunissant toutes les conditions nécessaires au traitement, à la guérison des cholériques et à la préservation des autres individus. »

« Art. 39. Que ces asiles, ouverts par la bienfaisance nationale à l'humanité périclitante, reçoivent gratuitement non-seulement tous les indigents atteints de la maladie, de quelque pays qu'ils soient, mais encore tout individu qui demanderait à y être admis en payant un tantième pour chaque journée d'hospitalité. »

« Art. 40. Les hôpitaux temporaires doivent être fournis de tout ce qui est indispensable au service médical, et avoir leur directeur, leurs médecins, leurs élèves, leurs pharmaciens et leurs infirmiers. »

« Art. 41. Dans chaque ville ou commune, il faudrait qu'il y eût au moins un de ces hôpitaux sur une population de 10,000 habitants. »

« Art. 42. Il serait à souhaiter qu'ils fussent situés sur des terrains secs, dans des endroits élevés ou du moins découverts, largement ventilés, loin des évaporations des rivières, des étangs, des marais, des égouts et des fossés ; et dans les villes, à proximité des quartiers habités par la classe pauvre, sur laquelle le fléau exerce particulièrement ses ravages. »

« Art. 43. Il vaut mieux multiplier les hôpitaux temporaires que d'en restreindre le nombre en donnant à chacun d'eux une trop grande étendue ; l'air des vastes hôpitaux, dont les salles contiennent beaucoup de malades, est le premier obstacle à leur guérison. »

« Art. 44. Dans les hôpitaux de cholériques, établir deux divisions, l'une pour les cholériques, et l'autre pour les convalescents. »

Des locaux particuliers pourvus du personnel médical et administratif seront affectés à recevoir les individus que l'on soupçonnerait d'être atteints du choléra.

« Art. 45. Enjoindre aux commissaires de police ou autres agents de l'autorité, de tenir un registre de tous les événements relatifs à la santé publique, dont ils devront tous les jours donner communication à la Commission sanitaire du lieu. »

« Art. 46. Inviter les propriétaires et les principaux locataires de maisons, les hôteliers, les aubergistes, les logeurs et tous ceux qui tiennent des garnis, à donner connaissance, dans le plus bref délai, au prochain bureau de secours, de tout ce qui concerne le choléra. »

« Art. 47. Quand un malade pourra recevoir immédiatement les secours nécessaires, le chef du bureau de secours lui enverra aussitôt un médecin. Après l'administration des premiers remèdes, celui-ci fera transporter le malade à l'hôpital temporaire le plus voisin, si toutefois le patient ou ses proches y consentent. »

« Art. 48. Faire laver, blanchir, lessiver ou désinfecter la literie, le linge, les vêtements qui ont été à l'usage des cholériques, avant de permettre qu'ils servent à des personnes saines. »

« Art. 49. Les corps des individus qui ont succombé à la maladie, après avoir été arrosés avec une solution de chlorure de chaux, seront enlevés, dès que le décès aura été dûment constaté, pour être immédiatement transportés, dans des voitures bien couvertes, aux endroits destinés à leur inhumation. »

« Art. 50. Les cadavres seront enterrés dans le cimetière ordinaire, ou dans un autre lieu désigné à cet effet et éloigné des habitations, jamais dans les églises, chapelles, jardins ou maisons particulières, et enfouis dans des fosses d'un mètre et demi de profondeur, sans qu'on attende, comme de coutume, qu'il soit arrivé d'autres corps. »

« Art. 51. Prohiber l'exposition des cadavres des cholériques dans les églises, où ils pourraient gravement préjudicier à la santé du peuple qui assiste aux cérémonies religieuses.

« Art. 52. Transporter les cadavres au cimetière pendant la nuit, avant le lever ou après le coucher du soleil, sans bruit, sans sonnerie de cloches et sans pompe religieuse, dont il faudrait aussi s'abstenir en allant administrer les sacrements aux malades. »

« Art. 53. Pendant la durée de l'épidémie, il faut défendre de sonner l'agonie ou le glas funèbre ; en semblable circonstance, les grands rassemblements populaires sont à craindre. Il faut, autant que possible, éviter les réunions nombreuses. »

« Art. 54. Enfin, exhorter le public, surtout les gens du peuple, à

appeler les médecins à leur aide, aussitôt que les premiers indices de la maladie se déclarent. »

L'ensemble des conclusions est ensuite mis aux voix et adopté, après l'adoption de chaque article en particulier.

Ces délibérations seront communiquées à M. le ministre de l'intérieur.

Rapport de la cinquième section sur la vente des substances vénéneuses. — M. Stas, rapporteur.

Messieurs,

« M. le ministre de l'intérieur a renvoyé à l'examen de l'Académie un rapport de M. le Commissaire du service de santé civil, relatif; 1° à la coloration de l'acide arsénieux destiné au chaulage, à la destruction des animaux nuisibles et à la médecine vétérinaire; 2° à la coloration des matières toxiques incolores et insipides; 3° aux formalités à remplir pour la vente des poisons en général.

« La cinquième section, que vous avez chargée de l'examen de ce travail, vient aujourd'hui, par mon organe, vous présenter le résultat de ses délibérations.

« Ce rapport, comme son énoncé l'indique, soulève une des questions les plus difficiles et les plus graves que vous puissiez, messieurs, avoir à traiter; il s'agit, en effet, de la vente des poisons, et de ceux surtout qui, comme l'acide arsénieux, n'avertissent pas les malheureux de leur présence, parce qu'ils sont dépourvus des propriétés et des caractères qui font facilement reconnaître les autres.

« Comme il est facile de le prévoir, la section se trouvant devant des causes et des faits susceptibles d'appréciations différentes, n'a pas toujours été unanime dans ses décisions; elle a été presque constamment divisée en deux fractions à peu près égales. Cet état de choses rend notre position de rapporteur bien délicate; car, quoi que l'on fasse, quelque ferme volonté d'impartialité que l'on aie, on ne peut jamais espérer de rendre la pensée d'autrui aussi fidèlement que la sienne.

« Exposons d'abord, messieurs, les différentes propositions émises dans ce rapport. M. Sauveur commence par poser en principe « que l'acide arsénieux, qui est incolore et presque insipide, est le poison le plus usité dans les empoisonnements, et que le goût que les aliments acquièrent, par leur mélange avec des substances vénéneuses, a plusieurs fois suffi pour prévenir le crime en empêchant les victimes d'en faire usage. »

« Ceci admis, M. Sauveur pense « que les empoisonnements

accidentels et criminels deviendraient moins nombreux, si l'arsenic que l'on vend pour le chaulage des grains, pour la destruction des animaux nuisibles et pour l'usage de la médecine vétérinaire, était préalablement mêlé à des matières susceptibles de lui donner une odeur, une couleur et une saveur propres à le faire toujours reconnaître ; » il ajoute que « cette idée a déjà provoqué quelques recherches utiles, mais que les médecins ne sont pas encore fixés, ni sur les substances qu'il faudrait employer de préférence pour colorer l'arsenic sans nuire aux usages auxquels on le destine, ni sur tous les cas dans lesquels cette coloration devrait être exigée par l'autorité publique. Tous reconnaissent, d'un autre côté, et l'Académie de médecine de Paris partage cette opinion, que la coloration de cette substance et des autres poisons incolores rendrait, sous ce rapport, de grands services à l'humanité. »

« Guidé par ces considérations, M. Sauveur propose à M. le ministre de l'intérieur « de faire examiner par son administration si l'intérêt public n'exige pas qu'il provoque une disposition, en vertu de laquelle les substances vénéneuses incolores et insipides ne pourraient plus être vendues pour certains usages sans être mêlées à des matières qui les fassent aisément reconnaître. L'Académie de médecine aurait à indiquer au Gouvernement les meilleurs moyens à employer pour colorer et rendre les substances sapides, lorsque leur couleur et leur sapidité ne nuiraient pas aux opérations auxquelles on les destine. »

« Il y a évidemment ici deux propositions tout à fait distinctes : l'une a trait à l'acide arsénieux, l'instrument habituel du crime ; l'autre aux poisons incolores et insipides en général.

« Occupons-nous d'abord de ce qui concerne l'acide arsénieux. D'après ce qui précède, on voit que le Gouvernement demande à l'Académie de lui indiquer le moyen de donner à l'acide arsénieux destiné au chaulage, à la destruction des animaux nuisibles et à la médecine vétérinaire « une odeur, une couleur et une saveur propres à toujours faire reconnaître cette substance et à prévenir ainsi, autant que possible, les empoisonnements accidentels et criminels. Quelle que soit l'opinion que l'on aie sur les prémisses posées plus haut, qu'on les admette ou qu'on les rejette, il y a une question préalable à résoudre, celle de savoir si ce que l'on vous demande, messieurs, est possible dans les conditions qui vous sont déterminées ; s'il existe, en effet, une substance ou des substances qui, mélangées à l'acide arsénieux, le colorent et le rendent odorant et sapide, et peuvent, par les propriétés qu elles lui communiquent, faire reconnaître ce poison ; si, dans cet état, c'est-à-dire coloré, sapide et odorant, il peut encore servir aux usages pré-

cités, et enfin si on peut ainsi prévenir plus ou moins les empoisonnements accidentels et criminels.

« Cette question renfermant plusieurs propositions distinctes, quoique connexes entre elles, n'a pu recevoir de solution unique. La section l'a scindée en conséquence et a essayé de résoudre chacune de ces propositions en particulier.

« Pour ce qui concerne les substances qui, par le fait de leur mélange à l'acide arsénieux, sont capables de faire connaître l'existence de ce poison, la section déclare, à l'unanimité, n'en connaître aucune. Il suffit, d'ailleurs, d'un instant de réflexion pour se convaincre de l'impossibilité de satisfaire à cette condition. En effet, pour acquérir la conviction ou la certitude de la présence d'une matière quelconque, on ne peut se guider que sur les caractères propres à cette matière et non pas sur les propriétés étrangères à sa nature intime.

« Pour ce qui regarde l'acide arsénieux employé pour le chaulage, la section pense que ce poison peut être mêlé à des substances odorantes, sapides et colorées, sans cesser d'être apte à l'opération du chaulage.

« Les avis ont été partagés sur la question de savoir s'il est possible d'appliquer le même moyen à l'acide arsénieux, destiné à la destruction des animaux nuisibles, et si par suite de ce fait on peut prévenir plus ou moins les empoisonnements accidentels et criminels. La majorité, cependant, a résolu ces questions par l'affirmative; elle estime que l'acide arsénieux, mélangé à une certaine quantité de plombagine et à un dixième d'assa-fætida, substances qui communiquent une couleur grisâtre ou noirâtre, et un goût et une odeur plus ou moins désagréables, pourra convenablement servir à la destruction des animaux nuisibles; elle pense qu'étant ainsi coloré, il ne pourra plus être confondu, comme malheureusement cela a eu lieu, avec une foule de substances blanches qui sont d'un usage journalier, et que l'odeur et la saveur de l'assa-fætida qui sont repoussantes pour l'homme, éloigneront ceux qui pourront se méprendre, ou bien avertiront plus ou moins le malheureux sur lequel une tentative d'empoisonnement sera faite.

« La minorité de la section pense que les matières proposées ne peuvent remplir le but que l'on veut atteindre. D'ailleurs il ne lui paraît pas suffisamment démontré que l'arsenic, auquel on aura mélangé une quantité suffisante d'assa-fœtida pour que celui-ci devienne repoussant au goût, soit encore pris par les animaux nuisibles. En second lieu, elle n'est point d'avis que les empoisonnements accidentels seront ainsi prévenus, puisque l'acide arsénieux pourra, dans cet état, être confondu avec des matières qui jouissent

de quelques-unes des propriétés physiques de ce mélange. L'empoisonnement sera encore facile, puisque parmi les condiments on trouve des substances qui ont l'odeur et la saveur de l'assafætida.

« Ces questions résolues, la section en a examiné une autre relative aux divers emplois de l'acide arsénieux. Il est reconnu que ce poison est l'instrument le plus habituel du crime d'empoisonnement. On peut alléguer, comme cause de ce fait, la multiplicité des emplois de cette substance et la possibilité de se la procurer sous les prétextes les plus frivoles; aussi la section est-elle convaincue que renfermer la vente de ce poison dans les strictes limites des besoins des arts, en assujettissant en même temps son débit à certaines entraves, aura pour effet infaillible la diminution des empoisonnements criminels. Cette considération l'a déterminée à rechercher, 1° si l'opération du chaulage exige impérieusement l'emploi de cette substance ; 2° si, pour la destruction des animaux nuisibles, on ne peut remplacer l'acide arsénieux par d'autres matières vénéneuses qui ne présentent pas les mêmes inconvénients ; 3° si on ne peut entourer le débit de l'acide arsénieux, pour la médecine vétérinaire, de précautions telles, que les empoisonnements accidentels et criminels soient extrêmement difficiles; 4° enfin si, dans l'hypothèse que les deux premières questions soient résolues affirmativement, il ne faut pas plutôt prohiber la vente de ce poison que de chercher à le colorer, à le rendre sapide et odorant et d'en permettre ainsi le débit.

« L'expérience a démontré que l'agriculture peut fort bien se passer de l'acide arsénieux pour l'opération du chaulage; elle a prouvé que plusieurs matières, parmi lesquelles il s'en trouve même qui ne présentent aucun inconvénient ni danger, peuvent lui être substituées avec de grands avantages.

« Personne n'ignore non plus qu'il existe une foule de substances, un grand nombre de moyens plus sûrs que l'acide arsénieux pour se défaire des animaux nuisibles et incommodes que l'on rencontre dans les habitations, et que ces substances ne présentent point les mêmes dangers que l'acide arsénieux. Sous ce rapport donc, comme pour le chaulage, à la rigueur, il est possible de se passer de l'emploi de ce poison.

« Cependant, sur ce point la section n'a pas été unanime. La majorité est d'avis que la vente de l'acide arsénieux pour la destruction des animaux nuisibles ne peut être prohibée, puisque, selon elle, il existe des cas, comme une multiplication extraordinaire de souris, rats et mulots, dans lesquels il est indispensable de recourir à ce poison.

« La majorité a objecté à cette manière de voir, que les autres matières vénéneuses peuvent lui être substituées, que l'usage de ces matières n'offre point les mêmes dangers que ceux résultant de l'emploi de l'acide arsénieux, et que, d'un autre côté, ils présentent les propriétés qu'on veut donner à ce poison pour en permettre la vente, c'est-à-dire, la coloration, l'odeur et la saveur. Elle allègue, en outre, que la pratique qui consiste à répandre dans les champs de grandes quantités d'arsenic blanc est pleine de dangers pour la sécurité de l'homme et celle des animaux. Par ces motifs, la minorité est d'avis que la vente de l'acide arsénieux doit être prohibée, tant pour la destruction des animaux nuisibles ou incommodes dans les habitations et dans les champs, que pour l'opération du chaulage.

« Examinons maintenant ce qui est relatif à l'arsenic destiné à la médecine des animaux. Il paraît établi que, dans l'état actuel de la médecine vétérinaire, il n'est guère possible de se passer de l'usage de ce poison, quoique cependant on soit généralement d'avis que son emploi peut être singulièrement restreint. Sans aucun doute, il est possible de colorer, de rendre sapide et odorant l'arsenic destiné à cet usage; mais conviendrait-il de le faire?

« Sur cette question, la section s'est encore trouvée divisée. La majorité a pensé qu'il était avantageux de mêler cet arsenic à des matières étrangères, qui rendraient ainsi les méprises impossibles. Elle n'a cru devoir proposer aucun mélange spécial, abandonnant la solution de ce problème à votre sixième section.

« La minorité a cru, au contraire, qu'il est inutile de prescrire, dans des règlements ou dans des lois, des formules d'administration de médicaments, et qu'il est infiniment préférable de laisser au médecin vétérinaire le soin d'appliquer ou d'administrer lui-même ce poison, libre à lui, pour sa sûreté et sa responsabilité personnelles, d'y ajouter ou d'y faire ajouter telle substance qu'il jugera convenable; elle dit pour sa responsabilité, car elle admet que le médecin vétérinaire qui achète un poison doit, comme tout particulier, être constitué responsable de ce dépôt jusqu'à l'instant de son application à l'économie animale.

Des poisons incolores et insipides.— « Les considérations sur les avantages qu'on pourrait retirer, en colorant l'arsenic blanc et en le rendant sapide par son mélange avec d'autres substances, ont conduit M. Sauveur à proposer à M. le ministre de l'intérieur, d'étendre cette application à toutes les matières vénéneuses incolores et insipides. Cette adultération ne serait effectuée que pour autant que la substance adultérante ne nuirait point aux opérations auxquelles on les destine.

« Il suffit de rechercher quels sont les usages de ces matières pour se convaincre que ces propositions deviennent sans but, puisqu'il n'existe point de substances toxiques incolores et insipides qui rentrent parmi ceux où la coloration, etc., ne nuirait point et où même cette coloration ne puisse faire naître des dangers incomparablement plus grands que ceux qu'on voudrait éviter.

« Pour ne laisser, à cet égard, aucun doute dans l'esprit, recherchons les usages des matières vénéneuses incolores et insipides. Elles sont employées dans les arts, dans la médecine humaine et la médecine vétérinaire et dans les opérations chimiques. Les poisons que les arts utilisent, le sont tels que la nature nous les présente, avec toutes leurs propriétés physiques. Ceux destinés à l'art de guérir, en général, ne peuvent être altérés dans leurs propriétés physiques, sans que l'on perde immédiatement toute garantie pour leur pureté. Finalement personne ne s'avisera d'adultérer les matériaux indispensables aux opérations chimiques.

« En résumé, quand même il serait possible de colorer d'une manière uniforme et générale toutes les matières vénéneuses incolores et insipides, comme il n'existe aucun de ces corps auquel cette coloration, etc., serait applicable, il est inutile d'entrer dans plus de détails sur cette proposition.

Vente des substances vénéneuses en général. — « Dans cette partie de son rapport, M. Sauveur appelle la sollicitude de M. le ministre de l'intérieur sur les formalités que prescrivent, pour la vente des poisons, les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI et la loi organique sur l'art de guérir du 12 mars 1818, ainsi que les arrêtés du 31 mai de la même année concernant les pharmaciens et les droguistes. A ce sujet, il croit devoir faire observer à M. le ministre que la loi de 1818 et les arrêtés que nous venons de mentionner se taisent sur les dispositions de l'article 35 de la loi du 21 germinal an XI, relatives au registre à ouvrir pour l'inscription de la vente de préparations ou substances toxiques. Cet article dispose, en effet, que « les pharmaciens et épiciers tiendront un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, sur lequel registre ceux qui sont dans le cas d'acheter des substances vénéneuses inscriront, de suite et sans aucun blanc, leurs noms, qualités et demeures, la nature et la quantité des drogues qui leur ont été délivrées, l'emploi qu'ils se proposent d'en faire et la date exacte de leur achat. »

« Le silence de la loi de 1818 sur la tenue de ce registre rend impossible « la surveillance que l'autorité doit pouvoir exercer sur le débit des substances vénéneuses » et prive « la justice d'un moyen aussi sûr que facile pour contrôler, dans un cas d'empoi-

sonnement, toutes les ventes qui ont été faites dans le royaume. »

« A cet effet, M. Sauveur pense que pour y remédier il serait convenable qu'une disposition royale, rendue dans la forme indiquée par l'article 67 de la constitution, intervienne pour faire cesser cet état de choses, qui offre des dangers réels à cause des contraventions et des irrégularités que les pharmaciens et les droguistes peuvent impunément commettre, par le défaut de moyens de surveillance suffisante. Cette disposition « devrait être rendue applicable aux colporteurs et aux soi-disants marchands de mort-aux-rats qui parcourent le pays. »

« M. Sauveur termine son rapport en demandant à M. le ministre de faire dresser une liste de substances vénéneuses, dont la vente ne pourrait avoir lieu sans l'accomplissement des formalités exigées par les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI (1). Au rapport est annexé un tableau de substances reconnues vénéneuses et qui se trouvent dans les pharmacies, ainsi qu'une copie d'une ordonnance du préfet de police de Paris, datée du 9 nivose an XII, concernant les substances vénéneuses fabriquées par les fabricants de produits chimiques et vendues par eux à d'autres personnes autorisées.

« Ainsi, tout ce que nous venons d'avoir l'honneur d'exposer tend à deux choses : 1° à compléter, par un arrêté royal, la lacune que présente la loi du 12 mars 1818. Le dispositif de l'article 35 de la loi du 21 germinal de l'an XI conviendrait pour la combler; 2° à faire dresser un état des poisons qui devraient rentrer dans le dispositif de l'article 34 de la dernière loi.

« Tout le monde est d'accord sur les vices de notre législation sur cette matière.

« Examinons si les propositions faites à M. le ministre sont suffisantes pour combler toutes les lacunes, si elles peuvent réellement atteindre le but qu'on se propose.

« Les progrès des sciences et des arts ont fait découvrir une foule de produits nouveaux, qui malheureusement jouissent pour la plupart de propriétés vénéneuses.

« Les différentes industries les ont presque tous utilisés; de là est né ce développement extraordinaire donné à leur production et à leur circulation. Mais leurs usages fréquents, leur grande production, leur circulation libre et sans contrôle exposent à grand nombre de dangers et d'accidents graves, et permettent souvent

(1) L'article 35, nous l'avons transcrit plus haut. L'article 34 est ainsi conçu : « Les substances vénéneuses et notamment l'arsenic, le réalgar, le sublimé corrosif, ne peuvent être vendus qu'à des personnes connues et domiciliées qui pourraient en avoir besoin pour leur profession ou pour un usage connu. »

aux criminels de se procurer en sûreté des instruments aussi faciles que lâches pour le crime qu'ils méditent. Dans un tel état de choses, que convient-il de faire? Quelles sont les conditions qui concilient le mieux la sûreté générale avec les exigences des sciences, des arts, de l'industrie et du commerce?

« Sans aucun doute, dans un pays libre, tout homme, jouissant de la plénitude de ses droits de citoyen, doit pouvoir vendre ou se procurer les matières vénéneuses dont il a besoin pour exercer sa profession ; mais évidemment la sécurité exige que les ventes, les achats, la circulation de ces matières, se fassent avec des garanties telles, que la société puisse à tout instant se rendre compte de ce que sont devenues les matières achetées ou vendues, qu'elle connaisse les personnes entre lesquelles ces transactions ont eu lieu.

« Voilà les principes sur lesquels, suivant nous, doivent être basés les règlements relatifs à la vente des poisons.

« Les dispositifs des articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI consacrent incontestablement quelques-uns de ces principes, mais laissent, quant aux garanties pour la circulation des poisons, des lacunes considérables.

« L'an passé, le Gouvernement français a publié une ordonnance réglant le commerce des poisons. Les parties de cette ordonnance concernant les transactions commerciales proprement dites, ainsi que les dispositions générales, réalisent les principes que la section avait adoptés déjà. Aussi propose-t-elle, à l'unanimité, de les adopter comme base d'une nouvelle loi à intervenir à ce sujet. Toutefois, contrairement à l'ordonnance française, elle ne pense pas que les dispositions du titre premier doivent être rendues applicables aux *chimistes*, puisque dans notre pays il ne faut pas de brevet pour prendre le nom de chimiste; le premier venu peut s'en décorer et, en se conformant aux prescriptions de l'ordonnance, se procurer du poison, quelle que soit sa moralité. D'un autre côté, la majorité de la section est d'avis que des personnes, qui ne sont pas comprises dans les dispositions du titre premier, doivent pouvoir, moyennant des garanties déterminées, être à même de se procurer les matières dont elles ont besoin pour un usage quelconque.

« Cette ordonnance est suivie d'un tableau des matières vénéneuses qui doivent être conservées sous clé, et qui tombent sous l'application de ses articles. La section, en examinant scrupuleusement ce tableau, a pensé qu'il renferme des substances auxquelles il est non-seulement complétement inutile, mais même dangereux d'appliquer les dispositions de l'ordonnance. Elle croit qu'il serait

préférable de faire deux sortes de tableaux : l'un, comprenant les substances excessivement vénéneuses, et au moyen desquelles on peut attenter à la vie d'un individu, sans que celui-ci s'en doute; l'autre, comprenant des matières exerçant une action plus ou moins forte sur l'économie, mais avec lesquelles on peut fort difficilement produire un empoisonnement. Les matières comprises dans le second tableau ne devraient pas être tenues sous clé, et leur débit ne devrait pas être soumis aux mêmes formalités.

« Comme conséquence de ce qui précède, la majorité de la section a l'honneur, messieurs, de proposer à votre sanction les dispositions suivantes :

De la vente des poisons aux commerçants, aux fabricants, aux manufacturiers et aux pharmaciens.

« Art. 1. Quiconque voudra faire le commerce d'une ou de plusieurs substances comprises dans les tableaux A et B, annexés au présent arrêté, sera tenu d'en faire préalablement la déclaration devant le bourgmestre de la commune, en indiquant le lieu où est situé son établissement.

« Les fabricants ou manufacturiers, employant une ou plusieurs desdites substances, seront également tenus d'en faire la déclaration dans la même forme.

« Ladite déclaration sera inscrite sur un registre à ce destiné et dont un extrait sera remis au déclarant : elle devra être renouvelée dans le cas de déplacement de l'établissement.

« Art. 2. Les substances auxquelles s'applique le présent arrêté ne pourront être vendues ou livrées qu'aux commerçants, fabricants ou manufacturiers qui auront fait la déclaration prescrite par l'article précédent ou aux pharmaciens.

« Lesdites substances ne pourront être livrées que sur la demande écrite et signée de l'acheteur.

« Art. 3. Tous achats ou ventes de substances vénéneuses seront inscrits sur un registre spécial, non timbré, coté et paraphé à chaque page par le bourgmestre de la commune.

« Les inscriptions seront faites de suite et sans aucun blanc, au moment même de l'achat ou de la vente ; elles indiqueront l'espèce et la quantité de substances achetées ou vendues, les noms, professions et domiciles des vendeurs ou des acheteurs, ainsi que la date de l'achat ou de la vente.

« Art. 4. Les fabricants et manufacturiers, employant des substances vénéneuses, en surveilleront l'emploi dans leur établissement, et constateront cet emploi sur un registre établi conformément au § 1er de l'article 3.

De la vente des substances vénéneuses aux personnes autres que celles désignées dans les articles 1, 2 *et* 4.

Ventes en gros.— « Art. 5. Les substances, auxquelles s'applique le tableau littera A, ne pourront être vendues ou délivrées qu'aux personnes parfaitement connues du vendeur ou qu'à celles qui seront munies d'un certificat de l'échevin ou du commissaire de police qui autorise cette vente.

« Les inscriptions des achats devront être faites sur un registre, non timbré, coté et paraphé par l'autorité communale; elles indiqueront l'espèce et la quantité des substances achetées ou vendues, l'usage auquel elles sont destinées, ainsi que les nom, profession et domicile de l'acheteur, qui signera cette inscription, s'il ne donne un reçu particulier des achats.

« Le certificat de l'autorité communale et le reçu seront conservés pendant dix années.

« Art. 6. Toutes les substances organiques comprises dans le tableau littera A, et qui ne sont point indispensables à l'exercice de l'une ou de l'autre profession ou que l'on n'emploie jusqu'ici que comme médicament, ne pourront être vendues en gros qu'aux pharmaciens.

« Art. 7. Les substances, auxquelles s'applique le tableau littera B, ne pourront être vendues ou délivrées qu'aux personnes, etc. (de même que pour l'art. 5, sauf que l'inscription par l'acheteur ou le reçu de l'acheteur n'est pas exigé.)

Ventes en détail. — « Art. 8. La vente en détail des substances auxquelles s'appliquent les tableaux littera A et B ne pourra être faite que par les pharmaciens.

« Art. 9. Les dispositions de l'article 5 sont applicables à la vente des substances comprises dans le tableau littera A.

« Art. 10. Les dispositions de l'article 7 sont applicables à la vente des substances comprises dans le tableau littera B.

« Art. 11. L'arsenic et ses composés destinés à la destruction des animaux nuisibles et aux usages de la médecine vétérinaire, ainsi qu'à la conservation des objets d'histoire naturelle, ne pourront être vendus que mélangés ou associés à d'autres substances.

« Les formules de ces préparations sont annexées au présent arrêté.

« Art. 12. La vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'embaumement des corps et la destruction des mouches et autres insectes.

« Art. 13. Les substances, désignées dans le tableau littera A annexé au présent, devront toujours être tenues dans un endroit

sûr et sous clé, par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens.

« Art. 14. L'expédition, l'emballage, le transport, l'emmagasinage et l'emploi doivent être effectués par les expéditeurs, voituriers, commerçants et manufacturiers avec les précautions nécessaires pour prévenir tout accident.

« Art. 15. Chaque année les Commissions médicales s'assureront de l'exécution des présentes dispositions.

« A cet effet, elles visiteront les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et fabricants vendant ou employant lesdites substances; elles se feront représenter les registres mentionnés dans les articles 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10. »

ANNEXES.

TABLEAU LITTERA A.

	Vente considérée en gros.	
Acide cyanhydrique.		
Aconitine et composés.	5	grammes.
Arsenic et tous ses composés.	250	»
Atropines et composés.	5	»
Bichlorure de mercure.	100	»
Brucine et sels.	50	»
Cantharidine.	5	»
Codéine et ses sels.	5	»
Conicine et ses sels.	5	»
Cyanure de mercure.	100	»
Cyanure de potassium.	250	»
Daturine et ses sels.	5	»
Digitaline.	5	»
Emétine.	25	»
Huile de croton tiglion.	50	»
Iodures de mercure.	50	»
Morphine.	25	»
Narcéine.	25	»
Narcotine.	50	»
Nicotine.	25	»
Opium.	250	»
Picrotoxine.	25	»
Solanine.	25	»
Strychnine et ses sels.	50	»
Veratrine.	25	»

TABLEAU LITTERA B.

	Vente considérée en gros.	
Acétate de zinc.	100	grammes.
Azotate d'argent.		»
Belladone.	500	»
Cantharides.	500	»
Cévadille.	100	»
Ciguës.	500	»
Colchique.	100	»
Composés d'or.	10	»
Datura stramonium.	500	»

	Vente considérée en gros.	
Digitale pourprée.	500	»
Ellebore blanc et noir.	500	»
Emétique.	250	»
Euphorbe.	500	»
Gomme gutte.	100	»
Huile d'amandes amères.	50	»
Huile de laurier-cerise.	50	»
Huile de rue.	50	»
Huile de sabine.	50	»
Jusquiame.	500	»
Noix vomique et fève Saint-Ignace.	500	»
Pignons d'Inde.	500	»
Résine de jalap.	100	»
Sabine.	500	»
Scammonée.	100	»
Seigle ergoté.	100	»
Sulfate de cuivre.	1000	»
Sulfate de zinc.	1000	»

— La discussion de ce rapport est renvoyée à la séance prochaine.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

AVRIL. 1848.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	758,90	14,4	20,0	8,3	»	SE.	Superbe, chaud.
2	756,96	15,8	21,4	8,6	»	SE.	Superbe, chaud.
3	757,28	17,2	22,0	13,4	»	OSO.-NNE.	Superbe, chaud.
4	758,49	21,0	22,3	12,0	»	NNE.	Très-beau; se couvre le soir.
5	757,44	15,1	23,7	11,6	»	OSO.	Beau.
6	747,37	11,3	19,9	8,5	»	OSO.-NNE.	Sombre, pluie.
7	745,13	6,7	12,5	5,7	4,83	ENE.	Pluvieux.
8	737,72	12,4	15,1	5,7	13,75	E.-O	Couvert, pluvieux.
9	744,57	10,7	13,3	10,7	1,15	OSO.-ENE.	Assez beau ; vent froid le soir.
10	741,83	7,6	14,1	5,7	1,02	SO.-O.	Variable; vent dans la matinée.
11	744,00	6,3	8,7	3,6	3,56	SO.-NO.	Assez beau.
12	746,22	11,4	13,7	4,0	5,09	S. OSO.-O.	Variable.
13	750,55	11,8	14,0	8,5	4,96	OSO.-SO.	Nuageux; pluie par intervalles.
14	749,09	7,0	13,9	3,2	19,10	NO.	Incertain, assez beau.
15	759,59	8,3	12,9	2,1	1,15	OSO.-SSO.	Assez beau.
16	757,05	9,7	13,0	5,7	1,27	SSE.	Beau.
17	750,19	10,9	13,2	6,5	0,64	OSO.	Beau.
18	751,03	12,7	15,8	7,3	0,07	SO.-SSO.	Incertain, assez beau.
19	743,13	13,4	16,2	10,3	1,40	OSO.-SO.	Incertain, assez beau.
20	738,81	14,8	18,2	9,7	0,38	SSO.-ESE -OSO.	Incertain, assez beau.
21	742,48	11,7	19,2	9,1	3,18	OSO.-ONO.-O.	Couvert; pluvieux le soir.
22	739,52	9,6	13,8	8,5	19,73	O.-OSO.-SO.	Sombre.
23	744,44	10,7	12,1	9,3	2,93	OSO.-ONO.	Assez beau, un peu de pluie le soir.
24	745,09	9,9	13,2	8,0	2,42	O.-NNE.	Pluvieux.
25	750,44	8,4	13,3	5,8	9,04	NO.-ONO.	Nuageux.
26	751,52	7,7	9,9	5,8	2,93	OSO.-NO.	Averses par intervalles; beau le soir.
27	755,15	8,3	11,8	2,1	1,91	OSO.-SSE.	Assez beau.
28	752,05	12,9	16,2	5,4	0,13	SO.	Pluvieux.
29	756,97	9,3	17,4	3,7	4,71	NNO.-NNE.	Nuageux.
30	759,69	8,6	14,0	5,6	»	ENE.-NE.	Très-beau.

MONOGRAPHIE DES VOIES URINAIRES.

DE LA GOUTTE MILITAIRE ET DE SON TRAITEMENT (1);

Par le docteur Ch. PHILLIPS de Liége.

(Suite : *voir* le N° de mai 1848, p. 67.)

Exploration. L'urèthre a généralement de sept à huit millimètres de diamètre. Cette mesure n'est ni absolue, ni la même dans toute la longueur du canal ; mais un chirurgien qui a l'habitude de le tâter, qui en a le *doigté*, distingue aisément le rétrécissement naturel du rétrécissement accidentel.

Si un urèthre de sept millimètres de diamètre a subi seulement en un seul point une diminution d'un ou de deux sixièmes de millimètre, il reste évidemment une ouverture assez considérable pour laisser passer l'urine avec une telle facilité, que le malade ne s'aperçoit pas de cette légère modification. Mais ce très-petit obstacle est sans cesse fatigué par l'impulsion de l'urine ; la partie postérieure devient sensible, la muqueuse est irritée, et, cette cause se reproduisant plusieurs fois chaque jour, elle détermine bientôt l'inflammation de la portion de l'urèthre qui est derrière l'obstacle, et enfin elle produit cette sécrétion purulente qui vient s'accumuler au méat urinaire.

Le chirurgien doit donc chercher à bien constater l'existence de ce faible obstacle et à en bien déterminer le siége.

La pratique généralement suivie pour explorer le canal consiste à pousser jusque dans la vessie une sonde flexible, cylindrique, et d'un calibre déterminé par l'*ouverture de l'urèthre.*

Il est impossible, à l'aide de ce moyen, de se rendre un compte exact des altérations que le canal a subies, surtout lorsqu'elles sont légères, et c'est ce qui a lieu dans cette circonstance.

Il y a un grand nombre de sujets dont l'ouverture de l'urèthre ne peut admettre qu'une bougie de quatre ou cinq millimètres ; et cependant le canal peut en contenir une de six ou sept. Il est évident qu'une bougie de cinq millimètres arrive sans obstacle à la vessie, et qu'elle passe, sans la rencontrer, sur une valvule ou sur un rétrécissement qui a diminué seulement d'un demi-millimètre le calibre du canal. C'est cependant ce qui a lieu si souvent, et alors, après cette exploration sans valeur, on déclare que l'urèthre est libre, et l'on continue à faire des injections de toute espèce, et à prescrire tous les médicaments spécifiques.

Si le méat urinaire est large, et s'il admet une bougie d'un calibre de six ou sept millimètres, on n'est pas plus heureux en se

(1) Nous empruntons au Bulletin de thérapeutique ce mémoire de notre compatriote.

servant de la bougie cylindrique, lorsque l'obstacle est une valvule formée par la membrane muqueuse. La sonde introduite vers la vessie affaisse, écrase la valvule, et l'on ne perçoit aucune sensation qui indique la présence d'un obstacle. Cette valvule, qui se laisse affaisser par un corps introduit vers la vessie, se relève, au contraire, devant un corps venant de la vessie, et c'est ainsi qu'elle fait obstacle à la libre sortie de l'urine.

Je ne trouve pas l'explication de cette différence, je ne la cherche pas; peu importe la théorie, je constate le fait, afin d'en tirer pour la pratique un usage utile.

Il faut donc, pour faire une exploration de l'urèthre, se placer dans des conditions telles, que le calibre de ce canal soit rempli, dans toute son étendue, par l'instrument explorateur; et enfin il faut que cet instrument, agissant comme le fait l'urine, donne, en revenant de la vessie, la sensation d'un obstacle, quelque léger qu'il soit.

C'est la bougie flexible, à boule, qui est l'instrument le mieux approprié pour exécuter cette manœuvre.

Je ne le décrirai pas, le supposant connu.

L'écoulement dont nous nous occupons peut être produit par un rétrécissement déjà avancé ou par un obstacle très-faible. Dans ce doute, il faut commencer par une bougie à boule de quatre ou cinq millimètres de diamètre. On l'introduit dans l'urèthre, et on la fait marcher lentement, très-lentement, jusque dans la vessie; ensuite on la ramène avec le même soin, en donnant une grande attention aux sensations qu'elle transmet. Si elle sort librement, on a déjà la certitude qu'il n'y a pas de rétrécissement. Pendant le trajet que la boule a parcouru, le malade a accusé deux ou trois fois de la douleur : on a attribué la cause de ce mal à cette différence de sensibilité; on a prétendu qu'elle était le résultat d'une inflammation chronique de la muqueuse, et que cette inflammation, augmentant la sensibilité du canal, pouvait faire reconnaître le siége du mal.

C'est une erreur qu'il est facile de vérifier. Si l'on introduit une bougie dans un urèthre sain, on provoque toujours, sinon de la douleur, au moins une sensation désagréable, en pénétrant dans la portion courbe, et au moment d'entrer dans la vessie. Cette sensation est quelquefois si *énervante*, que, si l'on sonde le malade debout, il n'est pas rare de voir survenir un commencement de syncope.

On ne peut donc, de ce seul signe, tirer des inductions quant à la localisation du mal.

Si le méat urinaire est assez ouvert, il faut introduire une boule

de sept millimètres, et la faire marcher lentement ; ordinairement une boule de ce volume est arrêtée à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse de l'urèthre ; ce temps d'arrêt est de peu de durée lorsque ce point du canal n'est pas malade ; il suffit d'une très-légère pression pour le franchir ; il n'en est pas de même lorsqu'un rétrécissement, même faible, siége à cette partie. Il faut alors attendre, en pressant graduellement, pour pouvoir le dépasser. Cette pression est sans danger, puisque la tige de la bougie est très-flexible, et qu'elle ne peut ainsi transmettre à la boule une force capable de contusionner la membrane muqueuse.

Lorsque l'on a franchi cet obstacle, on pousse la bougie jusque dans la vessie, et l'on attend quatre à cinq minutes avant de la retirer, afin de laisser aux tissus le temps de reprendre leur position normale, qu'ils ont momentanément perdue par le passage de la boule. Alors on ramène avec lenteur la boule vers le méat urinaire, et, par ce mouvement de retour, on soulève successivement tous les obstacles qui sont dans le canal, et l'on est toujours arrêté par chacun d'eux. Il faut s'assurer plusieurs fois de la réalité de l'obstacle que l'on rencontre, en repoussant de quelques lignes en arrière la boule qui vient de passer, et en la ramenant ensuite. Cette petite manœuvre doit être répétée plusieurs fois, et pour chaque obstacle.

Non-seulement, en agissant de la sorte, on reconnaît les rétrécissements très-faibles, mais on découvre aussi les petites valvules que l'on a méconnues avec la sonde cylindrique, qui les aplatissait en passant sur elles.

Il est facile de déterminer à quelle profondeur du canal siége chaque obstacle, puisque l'instrument explorateur porte une échelle graduée.

J'ai dit qu'une exploration insuffisante laisse ignorer des obstacles qui existent réellement.

C'est surtout lorsque le méat urinaire, trop étroit, ne permet pas l'introduction d'une boule assez volumineuse pour sentir exactement tous les points de l'urèthre.

Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à agrandir l'ouverture du canal. On sait combien cette petite opération est de peu d'importance, combien elle est facile à faire, et de quelle rapidité est son exécution.

J'en dirai néanmoins deux mots.

On a imaginé, pour fendre le méat urinaire, divers instruments plus ou moins ingénieux, plus ou moins compliqués, et tout à fait inutiles. J'emploie la manœuvre suivante, qui m'a toujours réussi :

Il faut un bistouri recourbé, à lame étroite ; on place sur la pointe

de l'instrument une petite boule en cire de deux millimètres, et l'on introduit l'instrument ainsi émoussé jusque dans la fosse naviculaire. On pique ce point du canal par un coup sec, qui traverse l'epaisseur des tissus, et le malade, qui sent cette piqûre, se retire brusquement, et il achève ainsi lui-même l'opération ; car, par ce mouvement brusque de recul, la paroi inférieure de l'urèthre est presque toujours divisée.

Assez ordinairement cette petite plaie donne du sang pendant une ou deux heures ; mais c'est sans aucun inconvénient. Une compresse d'eau froide suffit pour éteindre la légère cuisson résultant de cette blessure.

Il est une précaution nécessaire à prendre pour éviter de la douleur au malade. Il faut le faire pisser, en plaçant la verge dans un vase d'eau tiède. Faute d'avoir pris ce soin, des malades ont eu d'assez vives douleurs par le passage de l'urine sur la plaie.

Vingt-quatre heures après, les lèvres de la plaie ont une tendance extrême à se rapprocher, à se souder ; il faut alors, pour ne pas perdre le bénéfice de l'opération, placer entre les lèvres de la plaie un peu de cérat saturné, et il faut faire ce pansement pendant trois ou quatre jours, époque à laquelle la plaie est cicatrisée. Il est important de ne pas perdre de vue qu'en se cicatrisant les tissus subissent un retrait, et que l'ouverture que l'on a faite perd près d'un tiers de l'étendue qu'on lui a donnée primitivement.

Rien ne met plus obstacle alors à l'introduction des bougies à boule d'un diamètre convenable, et l'on procède à l'exploration du canal, c mme il a été dit plus haut.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. *Sur l'enseignement et les exercices gymnastiques. Rapport fait au comité central d'instruction primaire ;* par le docteur ALEX. THIERRY, membre du Conseil général.

(Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, avril 1848.)

Messieurs,

Par votre délibération du 23 décembre dernier, vous avez chargé votre commission de gymnastique de concerter avec M. Clias, pour vous être proposés dans le plus bref délai possible :

1° Un plan d'organisation du personnel et du matériel de l'enseignement de la gymnastique élémentaire, d'après la méthode de ce professeur ;

2° Le tableau détaillé de tous les exercices qui constitueront, à l'exclusion de tous autres, l'enseignement dont il s'agit.

Par votre délibération du 6 de ce mois, vous avez pourvu au premier de ces deux objets.

Je viens aujourd'hui, au nom de votre commission, vous proposer de pourvoir au second.

Votre commission a délégué à une sous-commission, composée de MM. Ségalas, Béhier et moi, l'examen expérimental du tableau des exercices de gymnastique élémentaire que lui avait présenté M. Clias.

Cette sous-commission a cru devoir s'adjoindre MM. Thomas et Guinard, connus d'elle comme juges compétents en matière de gymnastique.

Ces honorables citoyens ont bien voulu prendre part à ses travaux.

Le dimanche 9 de ce mois, à deux heures après-midi, nous nous réunîmes au gymnase fondé par M. Clias, rue Saint-Lazare,

n° 75, et là, le professeur fit exécuter devant nous par trente de ses élèves, de l'âge de huit à seize ans, appartenant aux écoles communales, dans lesquelles sa méthode avait été mise à l'essai l'année dernière, les exercices indiqués au tableau ci-joint.

Plusieurs de vous, et messieurs les inspecteurs primaires du département, assistaient à cette séance d'épreuve, et purent se convaincre qu'aucun de ces exercices ne présentait, en lui-même, le moindre danger pour les enfants.

Votre sous-commission avait à les apprécier au point de vue hygiénique, c'est-à-dire comme plus ou moins propres à développer dans un ordre normal, conformément aux lois de l'anatomie et de la physiologie, les divers appareils de l'organisme humain.

A l'appui du jugement favorable qu'elle a porté sur la méthode de M. Clias, elle a cru qu'elle devait vous entretenir de l'opinion des Corps savants, sur les avantages de son application.

Ainsi, dans un rapport fait en 1819 à la Société de médecine de Paris, sur le *Traité de gymnastique élémentaire* de M. Clias, au nom d'une commission composée des docteurs Mérat, Roux, Villermay, Nacquart, Esquirol, Gasc et Bailly, rapporteur, on trouve le passage suivant :

« M. Clias répéta lui-même devant nous ses principaux exer-
« cices. Nous remarquâmes alors qu'il avait élevé son édifice sur
« un plan large, parfaitement approprié aux besoins de la vie et
« aux lois de l'économie vivante. Son étude constante paraît
« avoir été de déterminer les moyens les plus convenables pour
« fortifier chaque organe, et pour augmenter l'énergie des pro-
« priétés vitales. Dans ce dessein, il a imaginé des modes
« d'exercices propres à imprimer une action particulière à
« chaque partie, et il commence d'abord par les mouvements les
« plus simples pour arriver progressivement aux plus compli-
« qués. Vous apercevez déjà que, si M. Clias n'est pas médecin,
« il a donné à ses travaux une direction toute médicale. »

Et dans un autre rapport fait à l'Académie de médecine, sur la gymnastique populaire du même maître, M. Bouvier, rapporteur, s'exprime ainsi en son nom et au nom de MM. Bégin et Londe, ses collègues. (1) :

« M. Clias semble être parti de ce principe si juste et si fécond
« dans toutes les sortes d'enseignement, qu'on doit simplifier
« le plus possible les premiers essais de nos facultés, et graduer
« leur exercice de manière à les conduire, progressivement et

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. XI, p. 60 et suiv.

« sans efforts violents, jusqu'aux actes les plus compliqués et en « même temps les plus faciles.

« Cette gymnastique simple, sans instruments, qui peut se « pratiquer dans une chambre, dans une classe, présente déjà « à elle seule de grands avantages hygiéniques, et il est une in- « finité de circonstances où elle peut rendre des services incon- « testables. »

Exercices sans instruments.

« M. Clias a porté une attention toute particulière sur cette « branche de la gymnastique, qui comprend les mouvements élé- « mentaires dont se composent tous les actes les plus complexes « de l'appareil locomoteur. Cette gymnastique analytique et « raisonnée est devenue entre ses mains un art en quelque « sorte nouveau ; art d'autant plus précieux dans l'application, « qu'il n'entraîne presque aucun frais et n'expose à aucun dan- « ger, même chez les enfants de l'âge le plus tendre. »

Exercices avec instruments.

« Un seul instrument, le triangle mobile, suffit à M. Clias « pour faire exécuter tous les exercices de ce genre dans les « écoles primaires. Cet appareil donne lieu à un tel développe- « ment de force musculaire, qu'il n'est peut-être pas d'exercice « qui en exige davantage, même parmi ceux qui appartiennent « à des instruments plus compliqués. Il procure au plus haut « degré cette faculté dite d'*occlusion*, tant recherchée des gym- « nastes et qui consiste à étreindre, avec une force pour ainsi « inébranlable, les corps que leur forme permet de saisir « d'une manière quelconque avec un ou plusieurs membres. « Vos commissaires, après avoir été témoins de la force et « de l'adresse déployées par des jeunes gens qui n'avaient « point eu d'autre appareil à leur disposition, ne sont pas « éloignés d'admettre que des élèves qui exécutent avec fa- « cilité tous les exercices du triangle, soient aptes à prati- « quer sans difficulté tous ceux qui font partie de la gymnas- « tique la plus complexe. On concevra, d'après cela, que cet « appareil puisse suppléer à tout autre dans la gymnastique « populaire.

« L'académie des sciences, dans sa séance du 11 mai 1846, a « accordé une mention honorable à M. Clias, dont la méthode, « dit M. Milne Edwards, rapporteur, est mieux que toute autre « appropriée à l'usage des enfants. »

Tels sont, messieurs, les jugements antérieurs au nôtre, auxquels nous vous proposons de vous associer avec pleine confiance.

Il résulte de nos observations et de celles de nos devanciers dans l'appréciation des exercices proposés par M. Clias, que ce professeur s'est bien moins préoccupé d'innover que de reproduire, d'après les données immuables de l'anatomie et de la plastique, les exercices dont on retrouve les indications dans les monuments antiques.

Les Grecs, qui sont nos maîtres en toutes choses, pensaient que la force et la beauté physiques devaient être les attributs d'un peuple libre. La beauté était pour eux le symbole de la supériorité morale et intellectuelle, et la force était le gage de l'indépendance nationale ; elle indiquait la puissance de l'homme sage qui dompte ses passions, respecte et fait respecter la justice, et, toujours sûr de sa pensée comme de son bras, peut également donner des lois et gagner des batailles. Aussi les Grecs ne négligeaient rien pour donner à leurs enfants la force et la beauté. Les chefs d'œuvres de leurs grands artistes nous montrent quels modèles étaient offerts à l'imitation et quels résultats cette éducation admirable avait produits.

Leur moyen principal était dans les exercices gymnastiques, exercices auxquels on se livrait tout nu.

Dans les temps modernes, le nom de gymnastique a été repris ; c'est-à-dire que les exercices ne sont pas une chose nouvelle, pas plus que le nom qu'on leur donne. Aussi, messieurs, son introduction dans nos écoles n'est-elle pas une innovation, mais une application.

Application utile et nécessaire, comme le prouvent, non-seulement l'exemple des anciens, mais encore les principes les plus élémentaires de l'hygiène et les données de la physiologie la plus simple.

En effet, le mouvement semble être la première condition des êtres vivants ; l'immobilité est le symbole de la mort. Tout ce qui réveille le mouvement semble exciter la vie, tout ce qui arrête le mouvement semble l'éteindre. La plante s'étiole si le soleil ne vient pas mettre la sève en mouvement, élancer les jeunes pousses, verdir les feuilles, épanouir les fleurs. L'enfant languit s'il ne peut courir, s'agiter, dépenser de mille manières cet excès d'activité qui l'anime. L'exercice est son premier besoin.

Mais cet exercice doit être réglé par une raison attentive et intelligente qui sache donner aux mouvements une direction convenable, de manière à produire un développement régulier des forces aussi bien que de la forme.

En effet, l'appareil de la locomotion (c'est le nom donné par

les anatomistes à l'ensemble des organes qui servent à la production des mouvements) contribue pour la plus grande part à la forme extérieure du corps.

Les os qui servent de leviers solides et résistants forment la charpente générale du corps ; et les muscles ou la chair, qui sont les puissances appliquées à ces leviers, achèvent la forme indiquée par les os. Les os sont d'autant plus forts et plus solides qu'ils sont plus souvent soumis à une action puissante ; les muscles sont d'autant plus fermes et volumineux qu'ils agissent plus souvent et avec plus de force. Ce sont là des choses qui tiennent si profondément à la nature des êtres vivants, que ces différences ne sont pas seulement appréciables à l'extérieur ; l'anatomiste pourra de même apprécier la mollesse et le peu de résistance des os, la décoloration et la flaccidité des chairs chez les individus peu exercés ; la dureté et la résistance des os, la fermeté et la coloration rouge des chairs chez ceux qui sont soumis à un exercice convenable. Mais, ce n'est point là le seul avantage de la gymnastique.

Le mouvement est sous l'influence d'agents conducteurs désignés sous le nom de nerfs. Ces nerfs mettent les muscles en communication avec le cerveau. Par l'intermédiaire du cerveau et des nerfs, l'ordre de se mouvoir est transmis aux muscles.

Or, il est constaté que nous avons le pouvoir d'ordonner, de ralentir, d'accélérer ou d'arrêter nos mouvements ; mais que souvent aussi ces mouvements se produisent pour ainsi dire involontairement, sans que nous puissions les maîtriser. Il semble alors que nous n'ayons plus conscience de nous-mêmes et l'on dit que la présence d'esprit nous abandonne. Mais il est constaté aussi que lorsque les nerfs sont habitués à transmettre l'ordre de certains mouvements réglés, au moment où la présence d'esprit nous abandonne, ces mouvements se produisent pour ainsi dire d'instinct, et se produisent avec tous leurs effets qui peuvent être parfois de nous sauver la vie. Ainsi la gymnastique est encore utile en donnant l'habitude des mouvements réguliers (1).

Cependant on ne doit pas seulement s'occuper d'exercer le corps à des mouvements plus ou moins réglés, il faut mettre les exercices en rapport avec l'âge du sujet. C'est ainsi que des exercices trop violents pourraient nuire à un enfant, dont les os encore tendres ne peuvent résister à des secousses trop fortes,

(1) On consultera sur cette importante question l'ouvrage remarquable de G. et E. Webert, *Traité de la mécanique des organes de la locomotion*, t. II, de l'*Encyclopédie anatomique*. Paris, 1843, in-8° et atlas in-4°.

dont les chairs encore molles pourraient se rompre par des tractions mal dirigées. Il faut remarquer aussi que la nature a mis de certaines limites à nos mouvements.

Ces limites sont indiquées aux anatomistes par les capsules et les brides fibreuses qui entourent les articulations. Le bras doit se mouvoir en tous sens sur l'épaule ; mais la jambe ne doit se mouvoir sur la cuisse que d'avant en arrière ; la cuisse ne doit pas exécuter sur le bassin des mouvements de circumduction trop étendus. Or le but de la gymnastique n'est pas de faire des saltimbanques, mais de procurer le développement régulier et utile des forces.

C'est pour ce motif que nous avons préféré la méthode de M. Clias, comme nous paraissant à la fois la plus simple, la plus efficace.

Messieurs, les Francs, nos aïeux, exerçaient leurs enfants à manier la francisque et la framée. Les Français, nos pères, se distinguaient par leur adresse dans les tournois et les passes d'armes. Encore avant la révolution de 1789, l'escrime et l'équitation étaient honorées ; maintenant elles sont tout à fait délaissées. On recherche des spectacles étranges, et l'on néglige des exercices utiles. Les barres, la balle, qui firent la joie de notre jeunesse, ont été successivement bannies des colléges. La paume, qui rappelle de si nobles souvenirs, survécut peu à cette proscription. Il n'y a donc maintenant que les jeunes soldats qui soient soumis à la gymnastique ; la plus grande partie des Français ne se livre à aucun exercice physique ; aussi voit-on les générations s'affaiblir, et la race tendre à s'abâtardir. La forme régulière et la force ayant une grande influence sur la nature morale, il arrive que les facultés de l'esprit peuvent dégénérer dans des corps faibles et cacochymes, et que les mauvaises pensées y naissent, comme la mauvaise herbe dans un mauvais champ.

Messieurs, il n'entre pas dans mes idées de montrer un mauvais vouloir contre l'Université ; j'ai été élevé dans le respect de l'*alma parens* ; mais je crois faire preuve d'amour filial en lui exprimant toute ma pensée, surtout au point de vue hygiénique. Je crois que l'éducation physique y est beaucoup trop négligée, et que non-seulement on laisse de côté les exercices du corps, mais qu'on ne songe peut-être pas assez à ces soins hygiéniques, qui consistent à régler et à choisir convenablement la nourriture, et à mettre la quantité d'air qu'on respire, en rapport avec le nombre d'élèves qui séjournent dans les classes, dans les études, dans les dortoirs.

Pour vous, messieurs, vous avez continuellement ces choses à la pensée, et en instituant les exercices gymnastiques dans vos écoles, vous aurez donné un exemple qui probablement sera suivi par l'Université.

Dans les colléges, j'ose le dire, on surcharge trop la mémoire de nos enfants ; on leur fait apprendre trop de choses et trop vite ; ils arrivent dans la vie épuisés ; ils savent, mais ils ne peuvent plus produire.

L'investigation, l'invention, ces deux qualités de l'esprit, sont comme anéanties. Combien voyons-nous de ces petits prodiges, dont les débuts avaient été si brillants, ne rien produire, énervés par de trop grands et de trop prématurés efforts.

En renouant les traditions interrompues, le comité a rendu un véritable service à l'enseignement public. La gymnastique, nous l'espérons, aura le sort de l'enseignement du chant, d'abord dédaigné, critiqué, je dirai même outragé ; puis après avoir subi ces épreuves, il fut écouté, honoré, applaudi avec transport. Depuis quelques années, la musique a repris sa place dans l'enseignement public. Ce qui s'est passé pour l'enseignement du chant, nous en acceptons l'augure, aura lieu pour l'enseignement de la gymnastique.

La nomenclature des exercices de gymnastique élémentaire, par M. Clias, se divise en deux chapitres.

Le premier contient deux séries d'*exercices sans instruments*. La première contient, sous une double série de numéros de 1 à 10, les exercices des extrémités supérieures alternant avec les exercices des extrémités inférieures.

La deuxième contient les exercices additionnels des extrémités inférieures, numérotés de 1 à 21, et les exercices additionnels compliqués, numérotés de 22 à 29.

Le chapitre second contient 34 exercices au triangle mobile.

Nous vous proposons, messieurs, d'adopter cette momenclature par la délibération suivante :

Le comité central,

Vu la momenclature des exercices proposés par M. Clias pour servir de base à l'enseignement de la gymnastique élémentaire dans les écoles communales de la ville de Paris, et expérimentés le 9 de ce mois devant la commission déléguée à cet effet ;

Considérant qu'il importe de prévenir tout danger pour les élèves dans l'étude de la gymnastique élémentaire, d'exclure de cette étude tout exercice qui n'aurait pas pour but le développement normal et bien gradué de l'ensemble de leurs organes,

et de fixer l'ordre dans lequel ces exercices devront être enseignés ;

Sur le rapport de sa commission de gymnastique ;

Délibère :

Art. 1er. La nomenclature des exercices de gymnastique élémentaire adoptés, quant à présent, et à l'exclusion de tous autres, pour être enseignés dans les écoles élémentaires communales de garçons de la ville de Paris, est arrêtée conformément au tableau suivant :

CHAPITRE PREMIER.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Exercices des extrémités supérieures et inférieures.*

1er EXERCICE. des bras. Enlever droit.
1. des extrémités inférieures. Plier.
2. des bras. Mouvement de balancier.
2. des extrémités inférieures. Pas ordinaire en place.
3. des bras. Mouvement supérieur parallèle aux oreilles.
3. des extrémités inférieures. Pas redoublé.
4. des bras. Mouvement en fronde.
4. des extrémités inférieures. Pas accéléré.
5. des bras. Développer devant.
5. des extrémités inférieures. Le piaffer au pas.
6. des bras. Détacher de côté.
6. des extrémités inférieures. Le piaffer au trot.
7. des bras. Développer devant et toucher derrière.
7. des extrémités inférieures. Le piaffer au galop.
8. des bras. Mouvement de répulsion ou pugilat.
8. des extrémités inférieures. Toucher derrière en sautant.
9. des bras. Ecartement des bras.
9. des extrémités inférieures. Toucher devant en sautant.
10. des bras. Lancer en avant.
10. des extrémités inférieures. Le jet des pieds.

SECONDE SÉRIE. — *Exercices additionnels des extrémités inférieures.*

1er EXERCICE. Le pas croisé.
2. Le pas français.
3. La marche sur les talons.
4. Le pas rompu.
5. Balancer sur une jambe.
6. Le pas d'école.
7. Toucher droit.
8. Toucher croisé.
9. Toucher de la pointe.
10. Toucher du talon.
11. La planche, ou avancer et reculer sans plier aucune articulation.
12. Le saut de mouton.
13. Le terre à terre.
14. La foulée à trois temps.
15. Saut simple à pieds joints.
16. Le saut en arrière à pieds joints.
17. Le même saut alternativement en avant et en arrière.
18. Le saut double à pieds joints.
19. Sauts continués à pieds joints.
20. Le saut franc en largeur sur un pied.
21. Le même avec élan tombant sur les deux pieds.

Exercices additionnels compliqués.

22e EXERCICE. Mouvement de balancier avec le pas ordinaire.
23. Mouvement supérieur avec le piaffer au pas.
24. Mouvement de rotation ou en fronde avec le pas ordinaire.
25. Développer de côté avec écartement des jambes.
26. Assembler devant et frapper derrière avec le pas d'école.
27. Mouvement de pugilat ou de répulsion avec le jet des pieds.
28. Ecartement des bras avec le pas ordinaire.
29. Lancer en avant avec le pas ordinaire.

CHAPITRE II.

Exercices au triangle mobile.

1er EXERCICE. Pendre immobile les ongles en avant.
2. Le même exercice les ongles en face.
3. Enlever et baisser les ongles en avant.
4. Enlever et baisser les ongles en face.
5. Balancer fixé au bras, les ongles en avant.
6. Le même, les ongles en face.
7. Balancer, fixé au bras depuis les coudes.
8. Glisser de côté, les ongles en avant.
9. Glisser de côté, les ongles en face.
10. Aller en avant, l'un au dessus de l'autre.
11. Le même exercice en allant en arrière.
12. Toucher de l'épaule des deux côtés.
13. Enlever et engager la jambe.
14. Changement alternatif.
15. Engager les deux, le bras et la jambe.
16. Se placer à cheval.
17. Tourner et glisser en arrière.
18. Toucher des genoux.
19. Passer entre les bras et la perche.
20. Le même passage et retour.
21. Engager les deux jambes à la fois et changer.
22. Le tour en fronde les ongles en avant.
23. Le tour en fronde les ongles en face.
24. Le même exercice les mains croisées.
25. Tourner deux fois de suite.
26. Changer croisé.
27. Changer double.
28. Faire le demi-tour en changeant.
29. Se fixer aux poignets et s'asseoir.
30. Faire la culbute en arrière.
31. Faire la culbute en avant.
32. Toucher des deux.
33. Faire l'équerre.
34. Franchir et saisir pendant la chute.

Art. 2. Il ne pourra être ajouté aucun exercice à ceux qui sont indiqués au présent tableau qu'avec l'autorisation expresse et préalable du comité central.

Art. 3. Les exercices *simples*, c'est-à-dire *sans instruments*, indiqués au chapitre Ier du tableau ci-dessus, pourront *seuls* être pratiqués par les élèves hors de la présence des gymnastes.

Art. 4. Ampliation de la présente délibération sera adressée à M. le préfet de la Seine, avec l'invitation d'en ordonner l'im-

pression à deux cents exemplaires, qui seront affichés dans les écoles communales élémentaires de garçons et adressés par le comité central à M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, à MM. les inspecteurs et sous-inspecteurs primaires du département de la Seine, aux comités locaux et spéciaux, et aux instituteurs communaux de la ville de Paris.

---

2. *Sur les abattoirs généraux de la ville de Paris et sur les viandes qui en proviennent.*

(Annales d'Hygiène publique et de médecine légale, avril 1848.)

L'inspection des viandes se fait, dans les abattoirs généraux de la ville de Paris, conformément à des instructions basées sur les avis du conseil de salubrité. L'administration est donc fondée à croire que toutes les précautions ont été prises pour empêcher la mise en consommation des viandes insalubres. Néanmoins, des publications récentes, concernant le régime de ces établissements, ont porté M. le préfet de police à appeler de nouveau l'attention du conseil sur ce régime, et notamment sur le service d'inspection des viandes destinées à la consommation, afin d'y introduire les améliorations dont ils pourraient être susceptibles.

Le travail qui suit est extrait du rapport présenté, à cette occasion, par MM. Huzard et Emery, au conseil de salubrité et adopté par lui dans la séance du 21 janvier dernier.

Ce travail peut se diviser en trois parties distinctes :

La première est consacrée à l'inspection des viandes dans les abattoirs et sur les marchés de Paris ;

La seconde traite de l'action nuisible de certaines viandes ;

Enfin, dans la troisième, on examine la question de savoir s'il y a des améliorations à introduire dans le régime actuel des abattoirs.

Inspection des viandes dans les abattoirs et sur les marchés de Paris.

Il y a dans chaque abattoir deux inspecteurs, l'inspecteur de l'abattoir et l'inspecteur de la boucherie ; l'inspecteur de l'abattoir étant pris parmi des personnes qui n'ont fait aucune étude médicale, on peut se demander si ce fonctionnaire est bien capable de connaître si une viande peut être nuisible. Quant à l'inspecteur de la boucherie, quoique pris ordinairement parmi d'anciens bouchers qui n'ont pareillement reçu aucune instruction vétérinaire ou médicale, est-il plus que le premier apte à reconnaître la propriété nuisible d'une viande : de plus, cet inspecteur étant payé par la boucherie, et étant ordinairement un

ancien boucher, prendra-t-il toujours l'intérêt de la santé publique contre celui des bouchers ? S'il en était autrement, il en résulterait qu'on ne trouverait jamais, ou seulement dans des cas par trop évidents, de viande insalubre dans les abattoirs.

De plus, l'organisation de la boucherie de Paris permettant d'introduire dans la ville des viandes d'animaux abattus dans la banlieue, et ces viandes n'étant soumises sur les marchés qu'à l'inspection d'hommes qui n'ont fait aucune étude vétérinaire ou médicale, sous cet autre rapport, la santé publique n'est point incomplétement sauvegardée.

La permission ou la tolérance, qui fait que ces viandes apportées du dehors sur les marchés peuvent être vendues en gros, ne met-elle pas toute la bonne viande entre les mains des bouchers et fournisseurs qui achètent ces viandes en gros, et ne laissent sur les marchés que la basse viande : or, celle-ci paraît devoir être d'autant plus mauvaise, que l'abattage des animaux dans les abattoirs particuliers, existant encore dans la banlieue, n'étant soumis à aucune inspection, c'est principalement dans la banlieue que sont sacrifiés les animaux les plus mauvais.

Il semble résulter de cet état de choses, que les riches qui paient le mieux peuvent avoir de la bonne viande, tandis que les autres, le peuple de Paris, ne pourraient avoir que de la viande mauvaise, et quelquefois nuisible à la santé.

Ceci posé, examinons la question au fond, en commençant par le dernier point, celui de savoir : *Si le peuple ou les classes les moins aisées peuvent manger de la viande aussi belle et aussi bonne que les classes riches ?* Rien qu'en énonçant ainsi la question, elle est par cela même résolue. Celui qui paie le mieux aura toujours ce qui est le mieux ; il n'en peut être autrement.

Tous les efforts de l'administration en fait de subsistances doivent tendre, et ne peuvent arriver qu'à ce double résultat, de faire avoir les subsistances au meilleur marché possible, et d'empêcher qu'aucune matière alimentaire nuisible ne puisse être fournie et vendue à des acheteurs incapables de l'apprécier.

Examinons donc, s'il est vrai que, par rapport à la santé publique, les viandes livrées à la consommation sont souvent des viandes nuisibles.

Et d'abord la question principale à résoudre serait celle-ci : A quels signes reconnaître qu'une viande peut être nuisible à la santé des consommateurs ?

Malheureusement il n'en est encore aucun que la science puisse donner comme certain.

Le principe délétère, quand principe délétère il y a, est invi-

sible, il ne tombe ni sous le sens du tact, ni sous celui de l'odorat, il échappe à toutes les analyses chimiques, comment donc reconnaître ces viandes délétères ?

Est-ce sur l'animal mort, quand on n'a pas connu la maladie qui l'a fait mourir ? Mais telle viande peut être de fort mauvais aspect et ne recéler aucune mauvaise qualité, n'avoir aucune action délétère pour l'homme : telle autre, au contraire, peut avoir bon aspect et communiquer une maladie dangereuse aux bouchers qui la dépèceront. Nous ne citerons qu'un fait bien établi et relatif au poison animal qui se communique le plus facilement et qui est le plus dangereux, le *charbon* : il est constant que les bœufs de boucherie, affectés de charbon, présentent souvent, après avoir été abattus ou être morts de la maladie, dans les parties, qui ne sont pas le siége de tumeurs charbonneuses, des masses de viande comparable à la plus belle, à celle qu'offrent les animaux en bon état d'embonpoint.

La difficulté de reconnaître les viandes délétères est donc très-grande; elle est insurmontable dans la plupart des cas. Dans ces circonstances, l'homme de science, le médecin, comme le vétérinaire, ne valent guère mieux, valent même moins, s'ils n'ont pas de pratique journalière, que l'homme habitué à reconnaître les viandes de bonne et de mauvaise qualité. Cette difficulté de distinguer une viande délétère de celle qui ne l'est pas est tellement insurmontable, nous irons plus loin, telle est la difficulté de reconnaître le point où une viande non vénéneuse, mais seulement de mauvaise qualité, doit être déclarée insalubre et non livrable à la consommation, que la société centrale de médecine vétérinaire a déjà été saisie de la question de savoir, si elle ne devait pas en faire le sujet d'un prix, avec l'argent que le ministre de l'agriculture met à sa disposition par des questions de médecine vétérinaire encore pendantes.

Passons maintenant à la viande sur pied, à l'examen de l'animal vivant.

Quand l'animal est vivant, il est positif que l'homme, qui a fait des études vétérinaires, est plus que tout autre apte à reconnaître si les animaux sont malades, et s'ils sont attaqués de maladies pouvant faire craindre que les viandes n'en soient nuisibles à la santé des consommateurs. Mais quelles sont ces maladies?

Dans cette question, tout est encore incertitude, rien de positif; point d'expériences directes. Si l'on s'en rapporte aux faits bien constatés, aux observations positives, on voit que les maladies les plus contagieuses d'individu à individu, d'espèce à espèce, le *charbon*, par exemple, dont nous avons parlé tout-à-l'heure, ce

mal le plus dangereux de tous, le plus mortel pour les êtres qui le contractent par inoculation, qui a fait périr des bouchers, des équarrisseurs, des vétérinaires, des médecins, le charbon cesse d'être transmissible, quand les chairs, qui en sont atteintes, sont introduites dans les voies digestives. Il est de fait, il est positif, que les chiens mangent sans danger ces viandes charbonneuses, alors même qu'elles sont crues; que les animaux carnassiers du Jardin des Plantes en mangent tous les ans, sans contracter le charbon. Il est également constant que des hommes en grand nombre en ont mangé, sans en éprouver d'incommodité.

Pour parler d'une autre maladie, il est bien reconnu que les chiens mangent impunément la chair des moutons attaqués du *claveau*, cette maladie, qui est la plus contagieuse de celles qui frappent les bêtes ovines et cause parmi cette espèce les plus grands désastres. Si nous passons à une maladie des bêtes bovines, à la *péripneumonie charbonneuse ou gangréneuse*, affection éminemment contagieuse, dont ont été victimes des équarrisseurs et des bouchers, qui se l'étaient inoculée dans leur travail, nous voyons que les vétérinaires, les plus versés dans l'étude de cette maladie, s'accordent à dire que la viande provenant des animaux, qui en sont atteints, est tous les jours impunément consommée par les hommes. Ce fait, consigné dans les anciens auteurs, résulte d'un concours ouvert, sur cette maladie, par la société centrale de médecine vétérinaire, pour l'année 1847, et au sujet duquel cette société a décerné des prix le 26 décembre dernier.

Si donc on ne sait pas positivement quelles sont les maladies qui communiquent des qualités délétères à la chair des animaux, qu'elles viennent à frapper, comment le vétérinaire, comment le médecin le plus instruit, pourront-ils, sur l'animal vivant, reconnaître *à priori* que la viande sera nuisible à la santé des consommateurs?

Nous devons donc le dire très-haut, c'est la crainte qu'une viande ne soit malsaine, et non la certitude qu'elle le sera, qui fait qu'on la rejette de la consommation; c'est le dégoût qu'inspirent les viandes de mauvais aspect et les viandes gâtées, qui fait que les populations habituées à une alimentation variée rejettent ces viandes, et c'est par ces causes réunies, que l'administration municipale a toujours proscrit les viandes, qui paraissaient de mauvaise qualité.

Nous verrons plus loin s'il y a lieu d'apporter quelques changements dans les mesures actuellement en vigueur, et relatives à cette partie du service des abattoirs.

Preuves de l'action nuisible de certaines viandes.—Nous dirons

tout d'abord qu'on ne peut révoquer en doute les effets délétères de certaines viandes, même cuites : l'administration a été saisie plusieurs fois de l'examen d'accidents produits par des viandes de charcuterie, et même par des pâtés sortis des cuisines des meilleurs faiseurs. Si des viandes saines peuvent ainsi devenir d'un usage dangereux, par la manière de les préparer ou par une conservation prolongée, à plus forte raison peut-il en être ainsi, dans ces mêmes conditions, de la chair provenant d'animaux malades. C'est précisément par ces motifs, que l'administration entoure de surveillance le débit de la charcuterie, qui occupe une si grande place dans notre régime alimentaire. Nous croyons tout à fait inutile de rappeler ici les faits rapportés par les auteurs anciens et modernes, à l'appui de l'action nuisible des viandes dont nous parlons. Nous dirons cependant, que si nous voulions, à l'époque actuelle, faire un semblable relevé, nous commencerions par analyser ces faits sous le rapport de la probabilité qu'ils présentent, et de la confiance qu'ils méritent, et nous ne craignons pas d'avancer qu'il nous serait permis d'en écarter beaucoup, le plus grand nombre même, comme manquant des garanties caractéristiques de toute vérité acquise, de tout fait incontestable.

En opposition avec ces faits, offrant plus ou moins de certitude, nous pourrions consigner ici tous ceux ayant trait à des animaux malades, charbonneux ou frappés d'épizooties contagieuses, qui dans des temps calamiteux, et même aux armées, ont servi d'aliment à des populations considérables, et cela, sans entraîner à leur suite aucun accident. Nous pourrions rappeler que certains peuples pasteurs et nomades, qui touchent nos populations africaines, ou qui habitent le nord de l'Asie, ne tuent et ne mangent guère que les animaux usés par l'âge ou atteints d'affections, soit aiguës, soit chroniques, que les maîtres n'espèrent pas voir guérir ; mais nous croyons inutile de faire ici cette énumération, puisque, encore une fois, nous reconnaissons que certaines viandes peuvent être vénéneuses.

Quelles sont les améliorations à introduire dans le régime actuel des abattoirs ?

Poser une semblable question, c'est admettre :

1° Que des viandes issues d'animaux malades peuvent donner lieu à des maladies chez ceux qui les consomment;

2° Que ces maladies bien constatées seraient dues à l'usage de viandes provenant des abattoirs, et non de viandes d'animaux abattus hors de ces établissements ;

5° Que les abattoirs ne présentent pas aujourd'hui des garanties suffisantes, soit sous le rapport de leur organisation intérieure, soit sous celui des personnes chargées d'y surveiller l'exécution des réglements administratifs.

La première de ces propositions a été discutée dans la section précédente, nous n'avons donc pas à y revenir ici.

Néanmoins, comme les accidents, produits par les viandes, résultent presque exclusivement de l'usage de la charcuterie, boudins, jambons, etc., on pourrait se demander si l'engraissement des porcs avec la chair d'animaux morts de maladies, ou abattus alors qu'ils étaient malades, ne devrait pas être interdit dans les établissements, où on le pratique aujourd'hui.

Avant d'adopter une mesure aussi grave, il faudrait prouver d'une manière incontestable les dangers d'un pareil engraissement ; il faudrait établir avec évidence que des porcs ainsi nourris, et en bonne santé au moment de l'abattage, ont fourni aux consommateurs un aliment nuisible. Or, il n'existe aucun fait à l'appui d'une supposition aussi étrange, supposition, qui conduit à cette conséquence inadmissible, qu'un principe délétère peut passer à travers une organisation valide, en faire même partie pendant un certain temps, sans perdre ses propriétés toxiques, sans produire de ravages dans cet organisme, et, qui plus est, sans porter obstacle à l'engraissement ; que ce principe, imprégnant les organes, peut y rester en dépôt et à l'état latent, et porter ensuite sa funeste influence sur les animaux, qui viendraient à se nourrir de ces organes ainsi empoisonnés.

Ajoutons à ces considérations que le régime alimentaire des porcs doit être extrêmement varié pour déterminer l'engraissement. Bien plus, quand on est arrivé au moment d'engraisser ces animaux, il faut, pour obtenir de bons et beaux produits, cesser de les nourrir avec de la viande et leur donner principalement des légumes farineux ; en sorte que leurs organes auraient le temps, avant l'abattage, de se débarrasser des principes délétères empruntés aux chairs dont ils s'étaient d'abord nourris, s'il était vrai qu'ils leur en eussent emprunté.

Remarquons, en outre, que les accidents, produits par certaines préparations de charcuterie, se montrent également avec des fromages altérés, que ce sont toujours les mêmes préparations qui les déterminent, et que, conséquemment, ils dépendent plutôt du mode d'arrangement et de conservation, que de qualités nuisibles, inhérentes aux tissus eux-mêmes.

D'après ces diverses causes, nous ne voyons aucun motif pour interdire l'engraissement des porcs, tel qu'il se pratique dans

certains établissements. Il faudrait, d'ailleurs, être bien étranger aux mouvements progressifs de l'industrie, pour ignorer les insuccès des tentatives faites dans le but d'utiliser dans les porcheries les débris des ateliers d'équarrissage.

La seconde proposition que nous avons avancée, est celle-ci : Il ne suffit pas de constater l'existence d'affections morbides dues à l'usage de viandes issues d'animaux malades, il faut encore prouver que ces viandes étaient sorties des abattoirs et ne provenaient pas d'animaux abattus hors de ces établissements.

Il y aurait un moyen bien simple, en apparence, de trancher la difficulté, ce serait d'interdire l'entrée dans Paris des animaux abattus au dehors.

Mais, ce n'est pas sans un sérieux examen que l'administration a adopté la mesure contraire, qui permet l'usage de la viande de boucherie à un beaucoup plus grand nombre de consommateurs. Pour révoquer cette mesure, pour la discuter même, il faudrait en peser avec soin les avantages et les inconvénients. Comme nous manquons des éléments nécessaires pour établir cette balance rigoureuse, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Remarquons, d'ailleurs en passant, que, les abattoirs ne desservant à peu près que la ville de Paris, si les dangers inhérents à l'usage alimentaire des viandes, abattues chez les particuliers des autres communes du département de la Seine, étaient assez pressants pour compromettre la santé publique, l'autorité supérieure en aurait été avertie immédiatement par les administrations locales, et, suivant son habitude constante, elle eût saisi de la question le Conseil de salubrité.

Pour ce qui est des abattoirs eux-mêmes, il leur est interdit d'admettre les animaux malades, toutes les fois que l'on soupçonne que, par sa nature ou sa gravité, la maladie peut communiquer à la viande des qualité nuisibles. Et cette interdiction s'applique aussi bien aux abattoirs des quartiers pauvres qu'à ceux des quartiers riches. Mais, là s'arrête le pouvoir de l'autorité : aucune mesure ne pourra empêcher de diriger les meilleurs bœufs vers les abattoirs fréquentés par les bouchers, dont la clientèle est le mieux partagée du côté de la fortune.

D'après notre troisième et dernière proposition, il s'agit de déterminer si les garanties offertes aujourd'hui par les abattoirs sont suffisantes.

Nous venons de rappeler les circonstances, dans lesquelles les animaux malades doivent être exclus des abattoirs. Avant d'étendre cette exclusion à toutes les bêtes malades, quel que soit

le genre ou le peu de gravité de l'affection, dont elles se trouveraient atteintes, il conviendrait d'examiner si les admissions, tolérées dans quelques cas exceptionnels, présentent des inconvénients et nécessitent une réforme. Cet examen est d'autant plus nécessaire, que le retrait de la tolérance, dont nous parlons, aurait pour résultat immédiat de diminuer la consommation, déjà trop restreinte, de la viande.

Sous le rapport du personnel des employés, on peut se demander si les charges d'inspecteurs de la boucherie ne devraient pas être confiées à des médecins vétérinaires.

Au premier aperçu, il semble que cela ne doive pas faire de doute. Et, cependant, nous l'avons déjà dit en commençant, l'homme, habitué au maniement journalier de la viande, en appréciera toujours mieux la bonne ou la mauvaise qualité que le vétérinaire le plus instruit en théorie, mais dépourvu de cette pratique journalière.

Mais, avant de déverser le blâme sur les fonctionnaires dont nous parlons ici, avant de les attaquer dans leur position, ne serait-il pas juste de prouver qu'ils se sont montrés incapables de remplir les fonctions qui leur étaient confiées ? Où sont donc les accidents sur les lesquels se fonderait une attaque aussi vive ? Les médecins de la ville, ceux des hôpitaux ont-ils signalé l'existence de maladies provenant de l'usage de viandes malsaines ? Les commissaires de police ont-ils reçu des réclamations, des plaintes à ce sujet ? Les classes les plus nécessiteuses, celles qui consomment les viandes de qualité inférieure ont-elles offert plus ou moins récemment à l'observation médicale des maladies particulières ? A-t-on enfin entendu dans les populations de ces rumeurs, qui commencent à dénoncer un mal encore peu connu de l'autorité ? Rien de tout cela n'est arrivé. Bien plus, dans les campagnes où la surveillance est beaucoup moindre, où parfois même elle est nulle, les accidents dus à l'usage des viandes malsaines sont presque inconnus.

Rien ne motive donc en ce moment une intervention plus active de l'autorité. Rien ne motive non plus un changement dans le personnel des inspecteurs des abattoirs et des marchés à viande.

La seule modification, qui semblerait utile, serait de changer le mode de paiement des inspecteurs de la boucherie. Aujourd'hui, ils sont payés par les bouchers eux-mêmes. Et quelques personnes pourraient en tirer la conséquence, injuste d'ailleurs, qu'ils sont sous la dépendance de ces derniers. Cette réforme aurait donc l'avantage de faire disparaître une cause spé-

cieuse de soupçon contre l'impartialité de ces fonctionnaires.

En conséquence, en résumant ce qui précède, et en considérant :

1° Qu'à l'exception des maladies contagieuses, et spécialement des maladies *charbonneuses*, il est impossible d'affirmer que d'autres maladies communiquent aux viandes des qualités nuisibles ;

2° Qu'il est même *probable* qu'une fois bien cuites, ces viandes perdront leurs qualités nuisibles ;

3° Qu'il est défendu d'abattre dans les abattoirs des animaux atteints ou soupçonnés atteints de ces sortes de maladies ;

4° Que les animaux malades ne peuvent pas être abattus sans le consentement des inspecteurs de la boucherie et, en cas de doute, sans l'avis préalable d'un vétérinaire ;

5° Que les animaux morts accidentellement dans les abattoirs sont soumis aux mêmes mesures ;

6° Qu'il n'y a aucun signe particulier indiquant qu'une viande ayant bonne apparence puisse être nuisible ;

7° Que l'homme habitué à reconnaître les viandes et à les classer d'après leur qualité est, sous ce rapport, au moins aussi bon, si ce n'est meilleur juge que le plus habile médecin, que le meilleur vétérinaire qui n'a pas cette pratique.

On se demande s'il est vraiment nécessaire que les inspecteurs de la boucherie soient pris parmi des vétérinaires munis de diplôme, et l'on est amené à répondre que cette réforme n'est nullement commandée par les circonstances actuelles, non plus que par celles qui les ont précédées.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE.—3. *De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement* ; par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Suite et fin : *voir* t. III, mars 1848, p. 21 ; t. V, mai, p. 75.)

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1848.)

Diagnostic. Il suffit d'avoir parcouru avec quelque attention la description des symptômes qui vient d'être présentée, et d'avoir jeté un coup d'œil sur les précédentes observations, pour comprendre combien il est nécessaire d'insister sur les détails du diagnostic. Que l'on parcoure, en effet, tous les traités de pathologie, et l'on n'y trouvera rien qui puisse être considéré comme une descrip-

tion de la singulière affection qui nous occupe. Aussi n'est-il pas douteux que les cas de ce genre, qui doivent nécessairement se présenter assez fréquemment à l'observation, ne soient pour les médecins une source d'hésitations très-grandes et ne donnent lieu à des craintes très-exagérées qui peuvent compromettre l'influence morale si nécessaire au praticien. Reconnaître la maladie dont je viens d'exposer les symptômes, serait donc un très-grand avantage, quand même il ne serait pas absolument indispensable d'appliquer immédiatement un traitement des plus actifs. Que sera-ce donc s'il est démontré que, par un traitement fort simple, on peut dissiper rapidement tous les symptômes, et que, faute de ce traitement, on risque de voir la maladie se perpétuer et augmenter au point de rendre impossible l'exercice des principales fonctions et d'occasionner des douleurs insupportables? Or, la lecture des observations précédentes ne nous a-t-elle pas appris que tel est le cas dont il s'agit?

Je commencerai par établir le dignostic différentiel. Je rechercherai ensuite si la maladie est bien réellement de nature névralgique.

Il est une affection que j'ai plusieurs fois mentionnée et qui a assez d'analogie avec celle dont il est question ici, pour que l'on pût être tenté de lui rapporter les symptômes qui viennent d'être décrits : c'est le *delirium tremens*. Voyons donc s'il n'existe pas des signes suffisants pour permettre de distinguer les deux affections. Le *delirium tremens* survient soit après un long abus des boissons fermentées, soit, ce qui est beaucoup plus rare, après une grande orgie. Dans les cas que j'ai rapportés, cette seconde cause n'existait pas. Chez un sujet (obs. III), des étourdissements, un état nerveux particulier étaient survenus antérieurement, à la suite d'un excès de boisson, mais ces accidents avaient été passagers, et le malade, lorsqu'il entra dans mon service, usait avec sobriété des boissons alcooliques, depuis un temps trop long pour qu'on pût attribuer à une semblable cause les symptômes qu'il éprouvait. Quant aux autres, ils buvaient tous de l'eau-de-vie le matin ; mais un seul en a bu pendant quelque temps une quantité assez considérable pour faire croire à l'existence de la cause que nous recherchons. J'ajoute que, depuis que ces observations ont été recueillies, j'ai vu deux cas de névralgie générale, dans lesquels cette cause n'existait réellement pas. Il en est un surtout qui n'a pu me laisser aucun doute. Je l'ai observé, en effet, chez un médecin distingué de la province, dont les habitudes de sobriété m'étaient parfaitement connues. Est-il permis, en présence de pareils faits, d'attribuer la maladie à l'abus des boissons al-

cooliques, cause essentielle du *delirium tremens*? Ne savons-nous pas que, dans la classe ouvrière, il est un nombre très-considérable de sujets qui boivent de l'eau-de-vie le matin; et si, dans quelque maladie que ce soit, on interrogeait les malades sur ce point, n'en trouverait-on pas une bonne proportion qui accuserait cette habitude? En faudrait-il conclure que c'est là la cause de la maladie? Et à quoi d'ailleurs faudrait-il attribuer son développement chez ceux qui n'ont pas la même habitude?

Mais je veux bien admettre pour le moment que j'aie été trompé par les réponses de tous mes malades, bien que l'interrogatoire ait été très-précis; j'admets qu'ils n'ont pas voulu convenir de leurs excès; est-ce que, dans cette hypothèse même, il n'est pas possible de démontrer qu'il ne s'agit pas d'un délire tremblant, ou délire des ivrognes? Pour répondre à cette question, jetons un coup d'œil sur les symptômes et la marche des deux maladies.

Chez les sujets dont on a lu l'histoire, et chez ceux dont je n'ai pas encore publié l'observation, il existait des douleurs dont ils se plaignaient avec plus ou moins de vivacité; ces douleurs étaient disséminées par points occupant de nombreuses parties du corps, ayant précisément pour siége les endroits où existent les *foyers de douleur* dans les névralgies, et augmentant d'intensité sous la pression exercée avec l'extrémité des doigts. Est-il un seul de ces phénomènes qu'on ait mentionné dans le délire des ivrognes? Et en supposant que le défaut d'une exploration suffisante n'ait pas permis de constater l'existence des points douloureux, ne serait-il pas, au moins, très-singulier que les malades n'eussent, dans aucun cas, accusé aucune douleur spontanée?

Un autre point de dissemblance bien notable est dans l'état de l'intelligence. Le délire des ivrognes a pour symptôme principal, comme son nom l'indique, une aberration de l'intelligence qui porte les malades à se lever de leur lit, et à faire des actes plus ou moins extravagants; qui se traduit par des accès de fureur ou d'effroi; qui fait voir aux malades des fantômes, des objets hideux ou bizarres, en un mot, qui les livre en proie aux plus étranges hallucinations. Chez les sujets que j'ai observés, rien de semblable; un seul était mélancolique, mais tout porte à croire qu'il l'avait toujours été; les réponses étaient toujours justes, même alors que les malades éprouvaient les plus vives souffrances. Ainsi, tout diffère sous ce point de vue important.

Je ne parle ni de la différence qui existe dans l'opiniâtreté de l'insomnie, si remarquable dans le délire tremblant qu'on a appelé aussi *delirium vigilans*, ni de l'état des voies digestives, ni de

plusieurs autres symptômes, parce que ce que je viens de dire est suffisant quant à la symptomatologie. Mais je dois faire remarquer combien la *marche* des deux maladies est différente. Dans le *delirium tremens*, le malade, après avoir, pendant un temps variable, été dans un état d'ivresse plus ou moins complète, est pris de symptômes graves et présente ensuite des *accès*, souvent très-marqués, pendant lesquels l'affection prend un caractère effrayant. Il y a donc là, à un moment donné, une espèce de transformation de la maladie ; c'est le passage rapide, ou même brusque, d'un état, en quelque sorte chronique, à un état aigu ; puis on voit se dessiner une intermittence irrégulière. Dans la névralgie générale, au contraire, la maladie reste stationnaire ou prend un accroissement graduel ; il n'y a point de transformation brusque, et il n'y a point d'accès à beaucoup près aussi tranchés. Les malades souffrent, il est vrai, un peu plus ou un peu moins dans certains moments de la journée, mais ce sont là des exacerbations qui ne donnent pas au mal un nouveau caractère.

On le voit donc, ni dans l'étiologie, ni dans les symptômes, ni dans la marche de la maladie, nous ne trouvons de motifs valables de regarder ces maladies comme identiques, et les phénomènes qui peuvent établir entre elle quelque analogie, tels que le tremblement, la marche vacillante, les étourdissements, ne sauraient entrer en balance avec les signes différentiels que je viens d'exposer.

On a signalé l'existence de certaines *congestions cérébrales chroniques*, qui sont caractérisées par des éblouissements et de la faiblesse des membres. Mais il n'y a, dans ces cas, ni points douloureux disséminés, ni tremblements, et il est rare que la démarche soit vacillante. Je parlerai de la *congestion sanguine de la moelle* et de l'*irritation spinale*, à propos de la nature de la maladie.

Je ne crois pas qu'on puisse rapporter la maladie à aucune *autre affection cérébrale*, bien que nous ayons vu que, dans presque tous les cas, la faiblesse était plus considérable d'un côté que de l'autre. Toutefois, si l'on avait des doutes à ce sujet, il faudrait se rappeler que, dans les affections qui intéressent d'une manière ou de l'autre la substance cérébrale, la paralysie du côté opposé à la lésion est beaucoup plus complète, tandis que l'autre côté n'est point affaibli notablement, à moins que la lésion ne soit double, ce qui est rare ; que, dans ce dernier cas, l'intelligence est profondément altérée ; qu'elle l'est à un degré plus ou moins grand dans le premier ; enfin, qu'il n'y a pas de *foyers douloureux* disséminés dans les diverses parties du corps.

Le *tremblement nerveux* et le *tremblement mercuriel* sont des maladies qui n'ont de commun, avec celle qui nous occupe, que le tremblement lui-même ; et nous avons vu plus haut que ce symptôme est secondaire dans la névralgie générale.

Mais la névralgie générale peut être une complication d'une maladie organique des centres nerveux. J'en ai vu des exemples, et un, entre autres, qui est assez frappant pour que je donne ici un court extrait de l'observation qui a été recueillie avec grand soin par M. Notta, alors interne dans ma division.

Névralgie générale ; cautérisation ; soulagement marqué ; puis paralysie augmentée ; dilatation considérable de la pupille droite ; retour des douleurs.

Obs. IV. — Le nommé Béraud, âgé de trente-cinq ans, matelot, est entré le 17 mars à l'Hôtel-Dieu annexe.

Ce sujet, qui a fait, il y a neuf ans, une chute de cinquante ou soixante pieds de haut sur le pont du vaisseau, et qui, à la suite de cette chute, a gardé le lit pendant un an, et a été presque complétement privé de la vue, avait pu reprendre ses travaux lorsqu'il y a quinze jours il fut pris de douleurs générales qui ont persisté jusqu'à présent, et qui, examinées attentivement, présentent tous les caractères névralgiques. Ces douleurs occupent tous les nerfs du corps. La démarche est vacillante ; il y a des étourdissements. Les mains serrent très-peu ; la droite moins que la gauche. La faiblesse générale est grande, bien que les muscles soient très-développés.

Après douze jours, pendant lesquels il fut traité par les émissions sanguines, les vomitifs et les calmants, il fallut, les symptômes persistant, recourir à la cautérisation transcurrente, pratiquée comme dans les cas précédents. Il s'ensuivit un soulagement prompt et marqué. Huit jours se passèrent, pendant lesquels la force était revenue, et les douleurs avaient presque complétement disparu, lorsqu'il survint un érysipèle ambulant qui compromit les jours du malade. Cet érysipèle ne pouvait pas être attribué aux brûlures, car l'inflammation qu'elles avaient causée était complétement dissipée ; d'ailleurs le malade a eu depuis trois érysipèles : deux ambulants et un facial, à des intervalles très-éloignés.

Après la disparition du premier érysipèle, l'état névralgique a reparu aussi intense, et, de plus, la paralysie du côté droit à fait des progrès notables, la pupille du côté droit est dilatée et immobile, la vue est presque complétement abolie de ce côté, l'intelligence

s'est affaiblie, la vessie est devenue très-paresseuse, et la défécation se fait péniblement.

Réflexions. — Dans ce cas, dont j'ai beaucoup abrégé la relation, les caractères de la névralgie générale ont été évidents ; mais il n'en est pas moins certain qu'il y a une lésion cérébrale, une tumeur, selon toutes les probabilités, qui occasionne les symptômes de paralysie toujours croissante. Dans les premiers temps, je n'ai pas aperçu la complication, et je crois qu'il eût été difficile d'y parvenir ; mais il n'y a eu là aucun inconvénient, puisque les douleurs avaient beaucoup diminué sous l'influence du traitement, et que, si la crainte d'accidents graves, chez un sujet aussi complétement prédisposé aux érysipèles, ne nous eût retenu, de nouvelles applications du même moyen auraient fort bien pu le débarrasser de cette complication, contre laquelle beaucoup d'autres remèdes ont éte impuissants.

J'ajoute que, dans plusieurs autres cas, j'ai pu distinguer cette complication, et faire disparaître les douleurs par la cautérisation transcurrente. C'est, du reste, ce qu'on pouvait prévoir d'après ce qui se passe dans les névralgies qui compliquent les affections de la moelle, et qui, comme je l'ai fait voir ailleurs (*Traité des névralgies*), cèdent aux moyens ordinaires, bien que la maladie principale persiste et fasse des progrès.

Après avoir démontré que l'affection dont j'ai rapporté des exemples ne peut être confondue avec aucune de celles qui ont été décrites par les auteurs, et que, même lorsqu'elle n'est qu'une complication, elle peut être reconnue et traitée avec un certain succès, il me reste à discuter la nature de la maladie, et à rechercher s'il s'agit bien réellement d'une névralgie. On pourrait, en effet, croire à l'existence, soit d'une *congestion sanguine de la moelle*, dont Ollivier (*Traité des maladies de la moelle*) a rapporté quelques exemples, soit d'une *irritation spinale*, affection décrite par les auteurs américains et anglais. Je ne peux mieux faire, à ce sujet, que de rappeler ce que j'ai dit dans l'Union médicale (*loc. cit.*), à propos de la première observation que j'ai publiée. Je m'exprimais ainsi : « L'affection à laquelle on aurait le plus de motifs de rapporter les symptômes que je viens de mentionner serait une espèce de *congestion sanguine de la moelle*, dont Ollivier a rapporté des observations. Dans deux cas, en effet, cet auteur a trouvé une exaltation de la sensibilité, avec paralysie incomplète des mouvements, et, dans l'un d'eux, des frissonnements fréquents. L'intelligence était conservée. Je rappelle ces faits, parce que, je le répète, ce sont ceux qui ont le plus d'analogie avec celui que je viens de rapporter ; mais pour tous ceux

qui les liront avec attention, il sera démontré que, chez notre malade, l'affection a été au moins beaucoup plus intense, et qu'elle a occupé toute l'étendue des centres nerveux, tandis qu'elle était bornée à la moelle dans les autres. D'ailleurs, je ferai remarquer que la congestion sanguine de la moelle est encore, de l'avis d'Ollivier lui-même, une affection très-mal étudiée, que les symptômes qu'on lui attribue sont très-variables, et que les cas dont je viens de parler manquent de nombreux détails, ce qui rend la question beaucoup plus difficile à résoudre.

« Les médecins anglais et américains ont, sous le nom de *spinal irritation*, décrit une névralgie de la moelle elle-même; mais rien dans leur description ne prouve qu'il s'agisse d'autre chose que d'une névralgie de plusieurs nerfs intercostaux et lombaires. D'un autre côté, nous savons avec quelle facilité la névralgie se propage d'un nerf à l'autre; c'est ce qu'on observe spécialement dans les nerfs du tronc; en sorte qu'il n'y a rien d'extraordinaire à voir l'affection partir d'un point limité pour envahir tout le corps, sans que pour cela l'organe central soit affecté lui-même. Lorsque nous voyons la névralgie dorso-intercostale envahir huit ou dix nerfs d'un seul côté, avons-nous besoin de supposer que le cordon postérieur de la moelle correspondant est affecté dans une étendue proportionnelle? Enfin, nous savons que, pour les nerfs du sentiment, c'est leur partie superficielle seule qui offre les symptômes de la névralgie. Je pense donc qu'on peut admettre, sans forcer l'analogie, que, dans ce cas, tous les nerfs du corps ont été envahis de proche en proche, sans que l'organe central été ait affecté.

« Reste la question la plus difficile. Y a-t-il eu une congestion, puis une névralgie? Si l'on examine ce qui se passe dans les cas de névralgie ordinaire, on est porté à croire qu'il n'y a eu autre chose qu'une névralgie avec des symptômes fébriles légers, et d'autres symptômes généraux plus intenses au début. Une simple névralgie de la face détermine un malaise général, de l'anxiété, en un mot des symptômes généraux marqués; que sera-ce donc s'il s'agit d'une névralgie de tous les nerfs à la fois? Puis ces symptômes du début s'étant calmés, la névralgie générale a revêtu ses caractères ordinaires. Si les premiers symptômes ont été ceux de la congestion sanguine, c'est qu'en effet, dans les névralgies intenses, il y a une véritable congestion des parties, comme le prouvent la rougeur, le gonflement, la chaleur, l'augmentation des sécrétions. »

On peut facilement faire l'application de ces remarques aux trois observations que j'ai rapportées et qui sont la base de ce tra-

vail; il en est de même pour les autres cas que j'ai observés, en sorte qu'il est inutile d'insister sur ce point.

Pronostic. Le pronostic n'est évidemment pas grave; mais on a vu qu'il est difficile de reconnaître si la maladie est compliquée ou non. Aussi doit-on être réservé tant qu'on n'a pas appliqué le traitement. Si, après avoir fait cesser les douleurs, on voit persister les symptômes de paralysie, si la vivacité naturelle, la gaieté ne reviennent pas, on doit craindre l'existence d'une lésion profonde des centres nerveux. Il n'est cependant pas, à beaucoup près, toujours nécessaire d'attendre, pour se prononcer, les résultats du traitement. Si, en effet, on observait un trouble marqué de l'intelligence, l'abolition plus ou moins complète de quelques sens, une paralysie bien marquée, l'affection profonde des centres nerveux ne serait pas douteuse, et, bien qu'on pût espérer faire disparaître la névralgie, on devrait porter un fâcheux pronostic.

Traitement. Après les exemples que j'ai rapportés plus haut, j'ai peu de chose à ajouter sur le traitement. Il est évident que celui qui a été mis en usage, et qui a fait disparaître en quelques jours des affections en apparence fort graves, doit être préféré à tous les autres. J'ai, chez deux sujets, obtenu quelque amélioration à l'aide des *ventouses scarifiées*, appliquées le long de la colonne vertébrale; mais cette amélioration laissait encore les malades dans un état tout à fait insupportable, et après plusieurs tentatives, j'ai dû renoncer à ce moyen. Par la *cautérisation transcurrente*, au contraire, j'ai constamment, lorsque la maladie était simple, réussi à rendre les sujets à une santé parfaite. Ce résultat a été surtout remarquable dans un cas dont je n'ai pas encore rapporté l'observation, parce que les détails qui devaient m'être transmis par le malade lui-même, qui est médecin, ne me sont pas parvenus. La maladie qui remontait à plus d'un an, et qui, dans les derniers mois, avait mis notre confrère dans l'impossibilité, non-seulement de se livrer à l'exercice de sa profession, mais encore de lire une seule page, a, en effet, disparu en une ou deux semaines. Ce fait sera publié plus tard.

Comme on l'a vu dans les observations, les endroits sur lesquels je pratique la cautérisation sont les suivants : le long de la colonne vertébrale, une raie de feu; deux ou trois transversalement autour de la poitrine et des flancs, en partant de la colonne vertébrale; une le long de chaque bras et de chacun des membres inférieurs. Toutefois, si quelques-unes de ces parties était entièrement exempte de douleur et d'affaiblissement, on pourrait l'épargner.

Il est à présent bien démontré que la cautérisation faite sur les sujets rendus insensibles par l'*éthérisation* ne perd rien de son efficacité. Il faut, par conséquent, épargner aux malades, par ce moyen, non-seulement la douleur de l'opération qui n'est pas aussi grande qu'on le suppose, mais l'effroi qu'inspire le cautère actuel et qui est presque toujours très-grand.

Quant à la manière de pratiquer la cautérisation, on la trouve exposée dans les observations précédentes. Il me suffira, par conséquent, de les résumer en quelques mots. Le cautère dont je me sers a la forme d'une hachette. Il faut le faire chauffer à blanc. Avant d'éthériser le malade, on peut, avec un morceau de papier roulé et trempé dans l'encre, tracer les lignes sur lesquelles on veut passer le cautère. Celui-ci doit être promené très-légèrement comme sur la surface d'un liquide, pour me servir de l'expression de M. Jobert. L'application du cautère doit avoir lieu au moment où, par le pincement de la peau, on ne détermine plus la sensibilité. Cependant l'opération est si rapide et si peu douloureuse pour le malade, alors même qu'il a conservé un peu de sensibilité, que, chez les personnes nerveuses, on peut ne pas attendre l'anesthésie complète. Quant aux effets immédiats, je dois laisser parler M. Notta, ancien interne dans mon service, qui les a exposés comme il suit (*Du traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente*; *Union médicale*, octobre 1847) :

« Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres produites par la désorganisation de l'épiderme. Dans certains points, l'épiderme s'est collé au fer et a été enlevé de la surface du tégument; dans d'autres, il y est resté et s'est froncé. Il suit de là que la coloration de la raie n'est pas immédiatement la même dans toute son étendue, et qu'il y a des points où, au lieu d'être brune, elle est seulement jaunâtre. Le lendemain les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur. Elles sont sèches; la portion de la peau qui leur est continue est très-légèrement crispée; le malade ressent un peu de chaleur sur leur trajet; les mouvements qui tendent la peau en ce point y causent une douleur qui, du reste, est très-supportable. Enfin, le surlendemain, quelquefois même dès le lendemain de la cautérisation, on voit tout le long des deux bords de la raie de feu un petit liséré rouge, dont la largeur varie entre deux ou quatre millimètres et un centimètre, et dans quelques points l'épiderme soulevé par un peu de sérosité. Les jours suivants, le sentiment de chaleur se dissipe; la tension de la peau cesse d'être douloureuse; et au bout de cinq à six jours, l'épiderme, ou

plutôt une croûte brunâtre, qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue. Si, pendant les jours qui suivent l'application du cautère, le malade accusait un sentiment de cuisson incommode au niveau de la raie de feu, on reviendrait à l'emploi de compresses imbibées d'eau froide ; mais, dans l'immense majorité des cas, il est inutile de recourir à ce moyen.

« La cautérisation, telle que la fait M. Valleix, a produit les effets que je viens de décrire. On voit, d'après cela, qu'elle est encore plus superficielle que ne la pratique M. Jobert, puisqu'elle ne détermine aucune ulcération et ne nécessite pas l'application de linges enduits de cérat, employés par cet auteur.

« Si l'on cautérise trop profondément, la suppuration s'établit, et, avant l'élimination de l'eschare produite et la guérison de l'ulcération, il se passe un temps assez long ; de plus, on est exposé à avoir une cicatrice là où le cautère a passé. Mais ces inconvénients sont trop faciles à éviter pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

« Il ne faudrait pas croire que la profondeur de la raie de feu doive être en rapport avec l'intensité ou l'ancienneté de la maladie. Les faits m'ont démontré que la formation d'une eschare, et partant la suppuration, sont parfaitement inutiles...

« Comme on pourrait craindre que l'irritation de la peau, en raison même de son intensité, ne devînt souvent le point de départ d'érysipèles, je ferai remarquer que cette année, à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans les services de M. Valleix et de M. Beau, on a employé quarante-cinq fois la cautérisction transcurrente, tant pour des névralgies que pour d'autres affections, dans lesquelles on voulait obtenir une violente révulsion cutanée, et une seule fois l'érysipèle s'est développé à la suite de son application. Le malade a guéri. Ne voit-on pas tous les jours un vésicatoire, un sinapisme devenir, chez certains sujets, le point de départ d'un érysipèle ? Aussi ce seul fait, sur un aussi grand nombre de cautérisations, prouve que les raies de feu n'y exposent pas plus que tous les autres irritants placés à la surface de la peau. Du reste, pour éviter autant que possible cette complication, qui pourrait devenir fâcheuse, il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Placées plus près les unes des autres, les aréoles inflammatoires qui les entourent, venant à s'étendre, se confondraient, et leur irritation augmentant d'intensité déterminerait d'abord des douleurs pénibles pour le malade, et ensuite pourrait favoriser le développement d'un érysipèle. » J'ajoute que, quel-

quefois, malgré toutes les précautions, il se fait un léger suintement séro-purulent, qui exige dans quelques points l'application d'un linge cératé.

Tel est le traitement curatif bien simple de cette affection. Quant au traitement prophylactique, il nous faudrait de plus nombreux et de meilleurs renseignements sur l'étiologie, pour l'indiquer d'une manière utile. Je dirai seulement que, dans un cas, la névralgie me paraissant tenir à un état de débilitation, j'ai conseillé les amers et les toniques, et le malade s'en est bien trouvé.

---

4. *Questions sur la goutte ;* par R. P.

(Bulletin général de Thérapeutique, juin 1848.)

Première question. — Doit-on guérir la goutte ? — Quand on voit cette foule de remèdes annoncés, vantés, prônés sous toutes les formes et par toutes les voies de la publicité contre la goutte, on est vraiment étonné qu'il y ait encore des goutteux, des gens qui *osent* se plaindre d'en être tourmentés. A quoi pensent donc ces infortunés? N'ont-ils pas la liberté du choix ? Les extraits, les pilules, les sirops, les eaux minérales, les liniments, etc., n'abondent-ils pas ? Ils n'ont vraiment qu'à prendre les médicaments annoncés et au choix ; bientôt on pourra leur dire comme à l'infirme de l'Évangile : *Levez-vous et marchez.* Ces remèdes, en effet, ne sont-ils pas, à la vérité, en style de *prospectus*, toujours excellents, infaillibles, *souverains* même, selon l'expression consacrée, tout hyperbolique qu'elle soit ? Malheureusement l'expérience ne vient que trop souvent démontrer le contraire, et le goutteux, après un adoucissement plus ou moins réel, plus ou moins prolongé de son mal, le voit reparaître avec plus de violence qu'auparavant. Le spécifique n'y fait plus rien, dût-on en doubler, en tripler la dose, et la santé se trouve gravement compromise. Voilà où l'on est à peu près sûr d'arriver en écoutant trop complaisamment les enivrantes séductions et les paroles du démon de l'industrialisme médical. N'est-il pas évident que, dans cette administration d'un remède parfois violent, irritant, perturbateur de l'économie, on s'est laissé aller à l'emploi d'un médicament d'après une annonce exagérée, mensongère, remplie de promesses illusoires ou fausses, d'observations et de guérisons impossibles ? Mais pourquoi tant de mécomptes et de déceptions ? Pourquoi tant d'accidents ultérieurs et souvent très-graves ? C'est qu'avant d'essayer de guérir cette maladie, il serait infiniment utile de faire cette question préjudicielle : *Doit-on guérir la*

goutte ? Question grave, difficile, importante, qui doit être posée avant celle-ci : *Comment peut-on guérir la goutte* ?

Doit-on guérir la goutte ? Tout aussitôt le cri de la douleur ne semble pas permettre d'élever le moindre doute. Le pauvre patient, dont le membre est endolori, ne conçoit pas même qu'on puisse hésiter un instant. Eh quoi ! dira-t-il, ne savez-vous pas que la goutte est une maladie insupportable, qui vous torture et vous lacère sans pitié, qui, en pleine santé, vous ôte le sommeil, l'appétit, le repos, qui, vous saisissant brusquement, vous cloue des mois entiers sur un lit de douleur, qui, fixée sur un point, menace cependant tous les organes? Bien plus, quand cet horrible mal n'existe pas, il est toujours instant, toujours menaçant une fois qu'il s'est manifesté; avec lui, jamais de sécurité, jamais de tranquillité parfaite, assurée, d'où s'est formé le proverbe aussi juste qu'effrayant : *Si vous avez la goutte, vous êtes à plaindre ; si vous ne l'avez pas, vous êtes à craindre.* Sans doute, peut-on répondre ; ce tableau ne manque pas de vérité, et les souffrances du goutteux ne sont que trop réelles. Toutefois, la nature ne nous consulte ni dans sa marche, ni dans les voies qu'elle prend pour arriver à ses fins. Or, les faits, l'observation, l'expérience prouvent que, par la goutte, l'économie tend à écarter un principe morbifique ; c'est une crise douloureuse, il est vrai, mais salutaire, qui rétablit l'organisme, y maintient cet équilibre, sans lequel la santé serait gravement compromise. En un mot, c'est un moyen de prévenir des maladies plus dangereuses. Tout médecin un peu instruit ne peut ignorer que c'était là l'avis de Sydenham, très-goutteux lui-même, en avouant toutefois que la nature emploie, dans ce cas, comme il le dit, *pharmacum amarissimum*, un remède très-amer, et nous sommes tout à fait de son avis; mais qu'y faire ? La providence de la nature dans le corps humain, comme la providence du monde entier, semble produire un petit mal pour en éviter un plus grand.

Un examen réfléchi de ce qui se passe dans l'origine, dans la marche et les suites de la goutte, porte, pour ainsi dire, à adopter l'opinion de Sydenham, confirmée d'ailleurs par l'expérience. Il est d'abord une chose certaine à mentionner, c'est que les goutteux qui veulent se *débarrasser* promptement, radicalement de ce mal, et ils sont nombreux, par des remèdes violents, excessifs, finissent toujours par s'en repentir plus tard. Alors ils attribuent à la goutte des accidents qui ne sont dus qu'à l'interruption imprudente, intempestive, des mouvements critiques, *éliminateurs* d'une cause morbifique, indépendamment du danger produit par l'emploi de médicaments, ordinairement très-

irritants. Remarquons, en effet, que les goutteux livrés pendant quelques années à cette maladie, notamment quand les paroxysmes sont complets, réguliers, sans trop d'accidents généraux, sont à peu près exempts de toute autre maladie. Si c'est là une compensation à leurs maux, les goutteux, en général, peuvent se flatter de l'obtenir ; avantage, il est vrai, acheté très-chèrement. La goutte est un *tyran* qui ne veut pas dans l'économie d'autre maladie qu'elle ; c'est un principe admis dans la science et qui souffre peu d'exceptions.

Quand on dit que des attaques de goutte sont autant de crises produites par la nature *médicatrice* pour expulser un principe nuisible, il faut se rappeler qu'en général cette maladie est attribuée à un excédant, à un superflu de nourriture. On dit, sous forme de reproche, aux médecins : Vous ne savez pas ce que c'est que la goutte ; mais ils répondent : s'il s'agit de la cause primordiale qui tient à l'*essence* même des choses, vous avez raison ; nous ne savons pas plus ce que c'est que la goutte que toute autre maladie. La cause première est et sera toujours pour nous une qualité occulte, malgré les théories chimiques et atomistiques qui prévalent aujourd'hui dans la science. En cela, nous sommes comme les astronomes, qui calculent et prévoient les révolutions des corps célestes, sans connaître intrinsèquement leur principe moteur. L'*attraction* est l'énoncé d'un grand fait ; Newton n'a pas été plus loin. Mais quoique nous ne connaissions pas la cause première de la goutte, son point initial et générateur, nous n'ignorons pas les causes secondaires, occasionnelles qui la préparent, la déterminent, l'augmentent ou la diminuent. Tout en admettant même une disposition héréditaire, originelle, spéciale ou acquise, on sait très-bien que la bonne chère, l'excès de nourriture, joints à l'oisiveté, à certaines agitations nerveuses, en sont des causes fréquentes. Chez les Turcs, qui boivent peu ou pas de vin, et qui d'ailleurs sont sobres, la goutte est une maladie très-rare. Chez nous, au contraire, les goinfres, les gastronomes et tous ceux *quorum deus est venter*, y ont ordinairement une disposition très-marquée à un certain âge. Avec de la fortune on a ordinairement un habile cuisinier, des mets relevés, succulents, et pour peu que l'estomac et le penchant s'y prêtent, il est certain que ces plaisirs de la table, prolongés, amèneront des paroxysmes de goutte. En effet, que devient cette pléthore qui en est la suite inévitable, cette réplétion des sucs nutritifs, cet excès d'un sang par trop riche en fibrine ? N'est-on pas alors dans la prédisposition manifeste des maladies très-graves, à moins que la nature ne les prévienne par des évacuations, par des crises

spéciales qui rétablissent l'équilibre des forces ? De là l'imminence, j'ai presque dit la *nécessité* de la goutte, ce *pharmacum amarissimum* de Sydenham. Empêcher de pareilles crises, s'y opposer, les combattre par des remèdes intempestifs, n'est-ce donc pas contrarier la nature, bien plus encore si l'on continue un régime hypernutritif? Il en résulte évidemment ce dilemme médico-philosophique : ou vous changerez de manière de vivre, ou la nature continuera son procédé éliminatoire ; autrement dit, ou vous serez sobre, ou vous resterez goutteux. A quoi on peut ajouter, ou vous patienterez avec la goutte, ou si vous prétendez la guérir, l'interrompre brusquement, imprudemment, attendez-vous aux maladies les plus graves. On voit ici que la médecine, du moins la bonne et la vraie, n'est nullement l'art de tromper l'homme malade, ainsi qu'on l'a dit plusieurs fois. La goutte a en outre cela de particulier ; que, si elle domine en maîtresse dans l'économie, elle oblige le patient à se maintenir dans les règles d'une austère sagesse, autrement elle inflige de rudes châtiments ; c'est une Némésis impitoyable, demandez-le à ces obèses incorrigibles, chargés de graisse et d'infirmités.

Une autre cause de cette maladie, indépendante de celle dont il a été question, c'est une longue et dangereuse surexcitation du système nerveux, fatal produit d'une civilisation extrême. Des excès de bonne chère ne suffisent pas toujours ; aussi ne voit-on la goutte que dans certaines classes de la société. Vous trouverez parmi les habitants de la campagne des gens très-peu sobres assurément, et néanmoins les goutteux y sont infiniment rares, tandis que les affections rhumatismales y sont très-communes. Aussi le célèbre Turgot, tourmenté toute sa vie par la goutte et qui en mourut, disait-il « que cette maladie était celle de la bonne compagnie, et il se félicitait presque d'avoir cela de commun avec les rois, les princes, les savants et les philosophes. » Rien n'est plus avoué que le système nerveux joue un grand rôle dans cette maladie. Le caractère ordinairement irascible, susceptible des goutteux, est tellement connu, que, selon Sydenham, avoir un accès de goutte équivaut à un long accès de colère. C'est beaucoup dire, mais ne peut-on pardonner un peu d'impatience et d'emportement à l'homme torturé par de vives douleurs, condamné aux remèdes et au régime, réduit à la tisane, lui habitué aux bons vins et aux mets recherchés ? En général, le *moi* humain est centuplé dans toute maladie, et la goutte n'est certes pas une exception.

En réfléchissant sur les causes et les effets dont nous venons de parler, sur les crises douloureuses, particulièrement *élimina-*

toires, que la nature produit, pense-t-on qu'il soit toujours facile et surtout sans danger d'arrêter brusquement la goutte, d'essayer de la guérir avec un élixir, une eau minérale, quelques pilules ou des purgatifs drastiques? C'est se bercer d'un fol et dangereux espoir. Supposer d'ailleurs un excès d'acide particulier que l'on pense détruire par des moyens chimiques, c'est supposer une chimère que rien ne prouve, notamment l'expérience dont les arrêts sont sans appel, parce qu'ils sont l'expression même de la vérité. Une chose bien reconnue aujourd'hui dans la science, c'est qu'il n'y a pas de *spécifiques*, bien plus, qu'il n'est de remèdes pour aucune maladie, il n'y a que des méthodes de traitement basées sur les indications. Dès lors, comment supposer qu'un certain remède, en supposant un même radical morbide, puisse avoir une efficacité réelle, constatée dans tous les cas? N'est-ce pas s'exposer aux plus rudes déceptions? Dans la maladie dont il s'agit, il y a la goutte légère à rares paroxysmes et la goutte fort intense; il y a la goutte héréditaire, la goutte acquise, la goutte chronique, la goutte atonique, la goutte articulaire, la goutte fixe, la goutte erratique, sans compter les différences individuelles. Le moyen de croire qu'on aura trouvé pour cette maladie ce *pampharmacon* toujours promis, toujours annoncé, et qui ne se réalise jamais; qu'un remède administré sans méthode, sur une simple annonce ou d'après un prospectus, guérisse infailliblement, à jamais, une pareille maladie, que beaucoup de médecins rangent parmi celles qu'il est dangereux de guérir? Qui croira, par exemple, que le colchique, la gentiane, la coloquinte et autres drogues énergiques, employées dans la composition de ces remèdes, ne contribuent à ruiner la santé en interrompant le travail médicateur de la nature, en surexcitant les entrailles, en arrêtant d'une manière intempestive le cours d'une crise qui se serait terminée doucement, heureusement, avec un peu de temps, de patience et quelques doux médicaments? Un des accidents les plus dangereux, comme les plus fréquents, est de déterminer la *métastase goutteuse*, c'est-à-dire le déplacement subit de la goutte d'une extrémité sur un organe important; c'est alors qu'à la douleur se joint un danger réel et imminent. Qui n'a pas entendu dire : « Un tel est mort d'*une goutte remontée*? » Eh bien, l'expression vulgaire est parfaitement juste. La goutte, de simple qu'elle était, est devenue viscérale, et, par conséquent, très-dangereuse. Il y a maintenant cent quarante et un ans que Musgrave a publié un excellent ouvrage sur cette forme de la goutte (*De arthritide anomalâ, sive internâ, dissertatio*; Oxford, 1707). Il y pose en principe « que la goutte aux extrémités est

la goutte dont on est malade, et que celle des entrailles est la goutte dont on meurt. » Qu'on juge par là du danger des médicaments employés sans méthode et sans principe, danger qu'on éviterait, si avant tout on posait la question, objet de cet article. Sydenham, qu'on a nommé à juste titre le docteur de la goutte et qui en fut aussi le martyr, en fait la remarque expresse : « C'est d'après une longue expérience et des observations multipliées, dit-il, que j'affirme hardiment que la plupart de ceux qui meurent de la goutte *périssent moins de la maladie même* que d'un traitement peu réfléchi et contraire à la marche des symptômes. » Médecins instruits, goutteux infortunés, pesez bien cette assertion, dont le bon sens et l'expérience confirment journellement la vérité.

Du reste, il n'est pas difficile de trouver la raison de cet oubli de la nature, de la marche de la goutte, et de cette aveugle confiance dans une foule de remèdes contre cette maladie. C'est une affection pathologique à part, pour ainsi dire ; loin d'y voir une crise éliminatoire ménagée par la nature, un moyen qu'elle emploie pour maintenir l'équilibre de l'organisme, on ne voit qu'une chose, une douleur immédiate, insupportable, dont on cherche à se délivrer au plus tôt. On trouve sous la main un médicament plus ou moins commode, dont on célèbre l'efficacité ; dès lors, se manifeste un certain entraînement, un peu d'espoir qu'il y a du vrai dans les promesses du médicastre inventeur ; la prolongation des douleurs force, pour ainsi dire, la volonté ; l'homme qui souffre est si crédule ! Ajoutons le suffrage des personnes qui entourent le malade ; les amis, les parents, les faibles, les ignorants, les sots, les compères, et même les gens d'esprit, *quelquefois si bêtes*, comme le disait Arnaud, ne voilà-t-il pas de quoi composer un public assez nombreux pour se faire écouter ? En France, tous les genres de courage abondent, mais le courage du bon sens y est assez rare. On sait que le grand Leibnitz lui-même mourut pour avoir voulu se délivrer trop promptement d'un accès de goutte ; il prit je ne sais quel remède qu'un jésuite lui avait donné à Vienne. Le travail de la nature étant interrompu, la goutte, qui était aux pieds, passa à l'estomac, ou plutôt au *diaphragme*, comme je crois l'avoir démontré dans un autre travail, et le malade fut tout à coup suffoqué. Quel exemple !

Ce qui contribue encore à donner de la vogue à certaines préparations dites *antigoutteuses*, c'est qu'on fait presque toujours un mystère de leur composition. Voilà une amorce à peu près immanquable. Rien ne flatte davantage la vanité, rien n'inspire plus de confiance, parce qu'on suppose toujours un chef-d'œuvre de

l'art, une combinaison nouvelle et heureuse de médicaments héroïques. Le secret est tellement nécessaire dans ces cas, que, quand la composition du remède est connue, c'en est fait de son efficacité. Que voulez-vous? On ne l'a pas pris pendant qu'il guérissait! On sait que, sur la fin du règne de Napoléon, la renommée annonça, de ses cent voix les plus retentissantes, un médicament contre la goutte : c'était le remède Pradier. Cet homme avait trouvé, disait-on, le moyen de faire *suer* la goutte par les pieds. On citait des faits extraordinaires, de vrais miracles de guérison. Le gouvernement s'en émut, et nomma une Commission, dont le célèbre Hallé était le président. Enfin, on acheta le merveilleux *spécifique*. Maintenant, il est devenu vulgaire, il traîne dans nos formulaires les plus communs, et personne ne s'en sert. On peut être certain qu'il en serait de même de tous les autres prétendus spécifiques, vantés comme d'habitude, supérieurs à tous les autres. Les hommes, et surtout les malades, veulent être trompés, et ils le sont sans cesse, notamment les goutteux, presque tous riches. Gui Patin, au propos vif et mordant, nous en dit la raison : *Lucri odor, auri color, multas habent illecebras ad peccandum.* « L'odeur du gain, la couleur de l'or, voilà bien des attraits pour engager à malfaire!» Quoi de plus vrai, surtout à notre époque de commerce et d'âpre convoitise!

Ce qui trompe encore, même certains médecins, dans l'emploi de ces dangereux remèdes, c'est qu'aidés d'un régime favorable, le moyen le plus efficace de guérison, quand elle est possible, comme nous le dirons plus tard, ces médicaments amènent parfois un soulagement plus ou moins immédiat et prolongé. Or, comment ne pas concevoir, dans ces cas, l'espérance d'une guérison complète? Le remède a si bien *opéré* tout d'abord! Mais cet espoir est ordinairement trompé. Comme les crises *éliminatrices* sont interrompues ou deviennent irrégulières, la maladie s'aggrave, ou il se déclare d'autres affections pathologiques qui en sont la suite, et presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Il est peu de praticiens réfléchis, attentifs, qui n'aient observé des faits de ce genre. Que de maux, que d'incertitudes, que d'essais ruineux pour la santé n'éviterait-on pas, si, dès le commencement, on avait considéré la goutte sous le point de vue, objet de cet article; si on avait examiné la marche, les effets de cette maladie d'après une expérience rationnelle, et non d'après le désir souvent mal raisonné des malades et les annonces des marchands de remèdes! En résumé, doit-on guérir la goutte? Nous répondrons, oui, s'il est possible de le faire d'une manière absolue, en

attaquant son principe radical, essentiel; non, si, comme on le pense aujourd'hui, on entreprend cette guérison par des médicaments violents, perturbateurs, incertains dans leur action antigoutteuse, et qui, certainement, troublent, arrêtent le travail bienfaisant et réparateur de la nature. Mais, dira-t-on, et surtout le goutteux souffrant et perclus, criant merci, votre opinion est désolante. Quoi! il n'est donc pas permis d'espérer la guérison de cette odieuse maladie et même du soulagement? Aucun remède n'a donc de puissance et d'efficacité? Ceci fait partie de lasecon de question que nous avons à traiter; nous tâcherons d'y répondre d'une manière satisfaisante dans un autre article. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Observation sur l'œdème de la glotte, occasionné par la déglutition d'eau bouillante*; par W. Jameson, chirurgien de l'hôpital Mercer, à Dublin.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1848.)

Une des causes les plus fréquentes de l'œdème de la glotte, chez les jeunes enfants, vient de ce qu'ils cherchent imprudemment à avaler de l'eau bouillante par le goulot d'une bouilloire. Je dis *qu'ils cherchent;* car, dans la plupart des cas, je ne pense pas qu'il y ait autre chose qu'une inhalation de vapeur; et l'eau n'est avalée que bien rarement, si même elle l'est jamais, à raison du spasme qui survient au moment où elle arrive dans la bouche et qui la fait rejeter immédiatement.

Plusieurs exemples de cette affection s'étant offerts à mon observation, à l'hôpital Mercer, et ayant exigé l'opération de la trachéotomie, il m'a paru qu'il ne serait pas sans intérêt de les rapprocher, d'abord parce que l'on rencontre quelquefois, dans le cours même de l'opération, des difficultés d'une importance pratique sur lesquelles les auteurs n'ont pas suffisamment insisté, et qu'il est essentiel de connaître; puis, parce qu'il n'est pas moins important de déterminer quels sont les cas qui se prêtent et ceux qui se refusent à cette opération.

Obs. I. — James Kinselagh, bel enfant de 2 ans, essaya d'avaler de l'eau bouillante par le goulot d'une bouilloire, le 25 janvier 1842, à 9 heures du matin. Il poussa d'abord des cris violents, après quoi il dormit 4 heures d'un sommeil paisible; mais, à son réveil, il se plaignit de douleur à la gorge, de difficulté à respirer, et de douleur dans la déglutition. La mère l'apporta à l'hôpital à 2 heures après midi.

L'interne fit appliquer quatre sangsues à la région sus-sternale, qui n'amenèrent aucun soulagement. Je le vis peu de temps

après : il avait la tête renversée en arrière ; la respiration très-difficile et striduleuse ; chaque inspiration étant beaucoup plus courte que l'expiration, la poitrine se remplissait à peine à moitié ; la face était pâle et souffrante, la peau froide. Je ne trouvai aucune trace d'ampoules dans la bouche ; mais l'épiglotte était relevée et un peu gonflée ; le pouls à 120. Je fis donner un vomitif et appliquer des bouteilles chaudes aux pieds.

A 4 heures, respiration plus difficile et croupale ; la poitrine mate à la percussion ; la face et les lèvres gonflées et un peu plombées, les yeux fixes, la tête fortement renversée en arrière ; le pouls à 130 ; la peau froide ; stupeur commençante ; l'épiglotte un peu plus gonflée, et redressée comme auparavant.

Le docteur Hargrave pensa avec moi que la trachéotomie était l'unique ressource, et je la pratiquai à 5 heures du soir, 8 heures après l'accident.

Le corps et les bras de l'enfant soigneusement enveloppés et serrés dans une couverture, on le plaça sur une table, la tête renversée en arrière ; je fis l'incision accoutumée sur la ligne médiane, du bord du sternum au bord inférieur du cartilage thyroïde, en divisant couche par couche jusqu'au fascia qui recouvre la trachée ; ce fascia incisé à son tour, je saisis la trachée avec une petite érigne double ; ce qui n'eut pas lieu sans difficulté, attendu sa grande profondeur et la rapidité de ses mouvements au fond de la plaie. Cette manœuvre produisit aussitôt un spasme violent et un effort pour tousser. Avec des ciseaux j'enlevai alors un lambeau circulaire de la trachée, comprenant une partie de deux anneaux, et du diamètre d'un gros pois. Cette excision fut suivie à l'instant d'une très-vive hémorrhagie, provenant de quelques-unes des veines thyroïdiennes ; et une portion du sang, coulant dans la trachée, faillit suffoquer le petit malade. On le fit revenir en lui relevant la tête, en saisissant les lèvres de la plaie et plaçant une canule dans la trachée (1), en appliquant des stimulants sous les narines, en lui faisant avaler du vin chaud trempé d'eau, en appliquant des flanelles chauffées, et, enfin, avec de petites doses de mixture camphrée. Il se trouva ainsi assez bien pour être remis dans son lit, mais dans un état de faiblesse et de collapsus alarmant.

La canule était trop courte pour entrer convenablement dans la trachée ; je la retirai. Immédiatement, le sang reparut et coula encore en partie dans la trachée ; mais un violent effort de

(1) L'auteur dit seulement *a tube ;* plus loin il l'appelle *a trachea pipe ;* ce qui semble indiquer autre chose que la canule usitée en France ; et finalement on verra qu'il s'en passe dans presque tous les cas. (*Note du trad.*)

toux le fit rejeter au dehors, et l'enfant commença à respirer librement par la plaie.

Le soir, à 8 heures, il dormait paisiblement et respirait librement par la plaie, qui, de temps en temps, avait besoin d'être dégagée du mucus, au moyen d'une éponge. Je prescrivis 1 grain de calomel avec un huitième de grain d'émétique, toutes les deux heures pendant la nuit, et du petit lait *ad libitum*.

Le 24, la nuit avait été bonne ; la figure était animée, le pouls à 120. Comme il n'avait pas été à la selle, je prescrivis un lavement émollient, et fis continuer les poudres toutes les quatre heures.

Le 25, il y a eu plusieurs selles pendant la nuit. Légère bronchite ; copieuse sécrétion de mucus, qui devient embarrassant à chaque accès de toux ; le pouls à 130, faible. — *Lavements avec l'amidon et l'opium ; bouillon de poulet ; suspendre l'administration des poudres.*

Deux lavements furent pris et rendus presque aussitôt ; le soir, la diarrhée continuant, on prescrivit la poudre de Dower avec mercure et carbonate de chaux, toutes les trois heures ; arrowroot et vin de Porto. Cela calma les intestins et procura du sommeil ; mais la bronchite en devint plus intense.

Le 26, peu de changement : la bronchite a augmenté, il s'y joint un peu de pneumonie à la base des deux poumons. Le calomel, la poudre de Dower, les sangsues et les vésicatoires à la poitrine n'y firent rien ; les poumons s'engorgèrent de plus en plus, et la mort arriva le 28 au matin, 5 jours après l'opération.

L'autopsie ne put pas être faite.

L'opération, dans ce cas, a manifestement prolongé la vie ; et sans la bronchite étendue et la pneumonie qui survint après, peut-être aurait-elle été suivie d'un meilleur succès.

Pourquoi la bronchite est-elle si fréquente après cette opération ? il me sembla qu'il fallait en accuser le passage direct de l'air froid dans la trachée, tandis qu'à l'état normal, en traversant les fosses nasales ou la bouche, il acquiert à la fois de la chaleur et de l'humidité. Si cette présomption était fondée, la bronchotomie pratiquée au cœur de l'hiver, comme dans le cas précédent, devrait plus fréquemment être suivie de bronchite ; et une autre conséquence pratique était de tenir la chambre de l'opéré aussi chaude que possible.

Les observations suivantes viennent à l'appui de ces considérations.

Obs. II. — Thomas Mack, âgé de 27 mois, entra à l'hôpital Mercer, dans le service de M. Read, le 9 mai 1842, à midi ;

3 heures auparavant, il avait essayé de boire de l'eau bouillante dans une bouilloire. Sa mère, aussitôt après l'accident, avait consulté un apothicaire (1), qui lui avait donné un peu d'huile et d'eau de chaux pour étendre sur la partie; mais la difficulté croissante de la respiration et de la déglutition l'avait engagée à l'apporter à l'hôpital. Comme les symptômes n'étaient pas très-urgents, on commença par donner un émétique. A 3 heures, une consultation eut lieu; il présentait alors les symptômes ordinaires : respiration difficile et croupale; face pâle et gonflée, tendance à la stupeur; peau froide, pouls petit et rapide; l'ouverture de la trachée fut décidée et pratiquée séance tenante, de la manière accoutumée. La trachée, dans ce cas, était superficielle et dans un parfait repos; on la saisit donc facilement avec l'érigne double; on enleva avec les ciseaux une portion de trois anneaux; l'opération ne produisit ni spasme, ni hémorrhagie, ni aucun accès de toux.

L'enfant respira de suite librement par la plaie; on lui donna un peu de vin et d'eau; et il fut placé dans son lit avec des bouteilles chaudes aux extrémités. On fit entretenir un bon feu dans la chambre, et donner un peu de vin et d'eau de temps en temps.

Le soir, l'enfant fut trouvé pâle, haletant, le pouls rapide et faible, avec une tendance au coma. — *Large vésicatoire le long de l'épine; calomel, un grain toutes les heures; arrowroot et vin pour la nuit.*

Le 10, la nuit a été calme; le vésicatoire a bien levé; l'enfant respire librement par la plaie qu'il faut fréquemment débarrasser du mucus avec une éponge. — *Calomel à petites doses avec hydrarg. cum cretâ et poudre de Dower, toutes les heures.*

Le soir, une notable matité sous la clavicule gauche avec la respiration puérile dans le poumon du même côté nécessita une application de 3 sangsues.

Le 11, nuit calme; état général satisfaisant. On remarque que, toutes les fois que l'enfant se réveille, il a un violent accès de toux, qui sert à expulser par la plaie une quantité de mucus accumulé pendant le sommeil.

L'amélioration s'accrut de jour en jour; au sixième jour, on put réunir en partie les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et il commença à respirer en partie par le nez et la bouche.

Le 31, on le renvoya guéri; la plaie était complétement cicatrisée, et la voix parfaitement revenue.

(1) *Apothecary* : praticien d'un ordre inférieur en Angleterre, et qui répond à peu près à nos officiers de santé. (*Note du trad.*)

Durant tout le traitement, on avait entretenu une atmosphère chaude dans la chambre du malade ; ce qui n'a pas peu concouru, à mon avis, au succès des autres moyens. Le cas suivant vient encore à l'appui de cette idée.

Obs. III. — Edward Lee, âgé de 22 mois, fut amené de la campagne à l'hôpital, le 9 octobre 1842, à six heures du soir ; sept heures auparavant, à onze heures du matin, il avait voulu avaler de l'eau bouillante par le bec de la bouilloire. Il semblait d'abord n'en avoir point souffert ; sa mère lui avait fait boire un peu de beurre fondu qu'il avait vomi ; et, peu après, il alla courir dans les champs et mangea quelques mûres. A deux heures, sa mère lui offrit un peu de lard frit, qu'il ne put ni mâcher, ni avaler ; alors elle commença à s'apercevoir que sa respiration était gravement affectée ; et, comme la gêne allait en croissant, on lui conseilla d'apporter son enfant à l'hôpital.

Durant le trajet du village à la ville, les symptômes s'étaient fort accrus ; à son arrivée, la respiration était striduleuse ; la poitrine tout entière était mate à la percussion, la déglutition difficile, la face congestionnée, le pouls petit et accéléré ; la stupeur faisait des progrès rapides. L'opération fut pratiquée sans délai. La trachée était superficielle ; elle fut mise à nu, saisie et divisée sans perte de sang et sans spasme notable ; l'enfant respira aussitôt librement par la plaie ; la congestion de la face disparut et il reprit connaissance. Toutefois, il y avait à l'angle inférieur de la plaie une portion de chairs qui était attirée dans la plaie à chaque inspiration, et qui agissait comme une soupape ; on la prit pour une portion du thymus ; mais l'ayant saisie avec des pinces et enlevée, on trouva que c'était un ganglion lymphatique engorgé du volume d'une amande.

La respiration se faisait donc librement par la plaie, l'enfant fut mis dans un lit bien chaud, entouré de bouteilles chaudes ; dès que la réaction fut établie, on prescrivit du calomel avec les poudres de James et de Dower, toutes les trois heures ; et l'on fit entretenir un bon feu dans la chambre.

Le 10, la nuit a été calme ; le regard est joyeux ; il respire librement par la plaie qu'on nettoie fréquemment avec une éponge ; la poitrine est partout sonore, le pouls calme ; pas de bronchite ; seulement de légères ampoules à la face interne des joues. — *Continuer les poudres ; du petit lait pour boisson.*

Le soir, la respiration s'embarrassa, le pouls était accéléré ; on mit 2 sangsues sous la clavicule.

Le 11, état excellent ; respiration libre ; pas de bronchite ; selles régulières.

Le cinquième jour, il allait si bien qu'on lui donna du bouillon de poulet avec un peu de pain dedans; on cessa les médicaments ; déjà la voix commençait à revenir.

Le huitième jour, le mucus étant sécrété en grande abondance et surtout avec difficulté, on lui fit prendre un émétique qui le soulagea beaucoup. Le lendemain, il respirait déjà en partie par la bouche ; la plaie était recouverte de bourgeons charnus, et on en rapprocha les bords avec des bandelettes agglutinatives.

Le 26, la cicatrisation était complète, la voix était revenue, et même, au dire de la mère, *plus claire* qu'avant l'accident. Le 31, il fut renvoyé guéri.

Il y a certains sujets qui ne semblent pas pouvoir se relever jamais du choc produit par l'opération sur le système nerveux ; en voici des exemples.

Obs. IV. — Lissy Cosgrave, âgée de 19 mois, fut admise à l'hôpital à trois heures du soir, pour avoir voulu avaler de l'eau bouillante par le bec d'une bouilloire, trois heures auparavant.

Les symptômes n'étaient pas urgents. Il n'y avait pas d'ampoules aux lèvres ni dans la bouche, et la gêne de la respiration était peu sensible. On donna un émétique.

A quatre heures, on trouva que l'émétique avait suffisamment agi ; mais l'enfant était pâle, les pupilles dilatées, les paupières entr'ouvertes ; tendance au coma ; pouls faible et accéléré ; respiration striduleuse et embarrassée. Je me décidai à opérer ; et déjà l'enfant était placée sur la table, quand elle sembla se ranimer ; la figure s'éclaircit ; elle cria, elle appela sa mère qu'elle reconnut ; elle avala librement du petit lait ; la respiration parut moins gênée, et nous pensâmes que cet état de stupeur partielle était, selon toute probabilité, déterminée par l'action de l'émétique, et que l'effet du médicament allait se dissiper. On différa donc l'opération ; l'enfant fut mise dans les bras de sa mère, et on lui administra par intervalles de petites doses de calomel.

A sept heures du soir, tous les symptômes étaient aggravés ; il y avait une congestion considérable du cou et de la face ; M. Read procéda à l'opération.

Il fut gravement embarrassé par l'hémorrhagie veineuse qui coulait à flots, et qui exigea des ligatures, sous peine de voir l'enfant mourir sur la table. Quand la trachée fut saisie avec l'érigne, l'enfant fut prise d'un spasme violent et cessa de respirer, jusqu'à ce qu'on eût enlevé une portion de trois anneaux ; alors, en la mettant sur son séant et appliquant des stimulants sous les narines, elle revint à elle, et respira librement à travers la plaie. On la remit alors aux bras de sa mère, et on prescrivit

pour la nuit de petites doses de calomel répétées toutes les deux heures, avec de l'arrowroot et du vin.

A onze heures du soir, quatre heures après l'opération, la respiration était réduite à une simple palpitation ; la matité était complète sur toute la poitrine ; le pouls était faible, la peau froide ; l'enfant paraissait mourante. Elle expira le lendemain à huit heures du matin, n'ayant survécu à l'opération que treize heures. L'autopsie ne put être faite.

Voici un autre cas du même genre.

Obs. V. — Laurence M'Call, âgée de 16 mois, fut apportée à l'hôpital le 20 mai 1842, à quatres heures du soir, une heure après avoir essayé d'avaler de l'eau bouillante par le robinet d'une bouilloire. Les symptômes étaient encore légers; l'enfant était maussade, dolente, mais sans difficulté de respirer, et sans ampoules dans la bouche ni à la face. On prescrivit un émétique. A huit heures, la respiration particulièrement striduleuse et rapide, le pouls précipité, la face congestionnée, et une tendance au coma avec refroidissemeut de la peau, indiquaient qu'il n'y avait pas de temps à perdre; l'opération fut pratiquée par M. Auchinleck de la manière accoutumée.

La trachée était très-superficielle ; il y eut très-peu d'hémorrhagie, et l'ouverture de la trachée fut faite avec facilité, sans aucun spasme ni accès de toux. L'enfant respira librement à travers la plaie ; elle ouvrit les yeux et reprit connaissance, paraissant chercher sa mère du regard. On la mit au lit avec des bouteilles chaudes sous les bras et aux pieds ; et l'on prescrivit de l'arrowroot et du vin pour la nuit, avec 1 grain de colomel toutes les deux heures.

Elle dormit jusqu'à six heures du matin, et alors eut quelques selles ; plusieurs accès de toux avaient pour effet de remplir la plaie d'un mucus gluant qui menaçait de la suffoquer; la respiration était très-précipitée ; le pouls à 160; le côté droit de la poitrine sonore à la percussion, mais le gauche mat dans toute son étendue, particulièrement sous la clavicule. On mit deux sangsues sous la clavicule gauche, un vésicatoire entre les épaules; on substitua au calomel l'*hydrarg. cum cretâ* et la poudre de Dower toutes les trois heures, en continuant le vin et l'arrowroot. Donner le lait de la mère dans une cuiller, tenir la chambre bien chauffée, et continuer les bouteilles chaudes.

A deux heures après midi, le pouls précipité ; le poumon gauche encore plus mat.

A huit heures, je fus appelé en hâte ; l'enfant était mourante, la face livide, le pouls imperceptible au poignet, la peau froide ;

et, avant qu'on pût rien tenter, elle expira, trente-quatre heures après l'opération.

Le fait suivant, communiqué par M. Butcher, me paraît un exemple de trachéotomie pratiquée trop tard, bien que le médecin n'ait pu la tenter plus tôt.

Obs. VI. — Lucy Costello, âgée de 22 mois, entra à l'hôpital, le 17 mai 1844, à huit heures et demie du matin, dans un état d'asphyxie presque complète, pour avoir avalé la veille, à six heures du soir, une gorgée d'eau bouillante par le goulot d'une théière. L'enfant avait d'abord poussé des cris perçants; la mère lui avait fait prendre un peu d'huile pour calmer la douleur qui n'avait pas tardé à s'apaiser, et jusqu'à minuit il n'était survenu aucun symptôme alarmant.

Mais vers cette heure la respiration commença à se faire avec peine; un râle muqueux ne tarda pas à se faire entendre dans la gorge; la face devint pâle, la peau froide. Un apothicaire fit donner un peu d'huile de ricin et d'ipécacuanha; la plus grande partie en fut rejetée par les narines. L'enfant resta donc dans le même état jusqu'au moment de son entrée; alors elle avait les extrémités froides, les yeux renversés en haut sous les paupières, le pouls à 143; la gorge et la poitrine remplies de glaires, la respiration croupale.

L'accident datait de quinze heures; M. Palmer procéda immédiatement à l'opération. Deux larges veines longeant la trachée de chaque côté furent évitées, et la trachée mise à nu. Elle était à une telle profondeur, qu'on ne saurait l'imaginer; les sterno-mastoïdiens contractés soulevaient les téguments des deux côtés du cou; on les écarta à l'aide de deux aiguilles à anévrysme servant de rétracteurs; on saisit la trachée avec une érigne, et l'on en excisa une portion correspondant à deux anneaux.

Aussitôt que le bistouri entra dans la trachée, l'air s'en échappa avec violence, et quand la portion excisée eut été enlevée, une grande quantité de mucus fut à l'instant évacuée; l'enfant parut miraculeusement ramenée à la vie; elle regarda immédiatement autour d'elle avec la plus grande vivacité, et la figure de l'état le plus abattu arriva tout d'un coup à une expression calme et paisible. Il ne s'était pas écoulé plus d'une cuillerée à thé de sang.

Comme l'angle inférieur de la plaie tendait à remonter en manière de valvule, on y appliqua une bandelette agglutinative qui fut fixée en bas sur l'abdomen, maintenant la plaie parfaitement béante.

A trois heures après midi, la trachée semblait engorgée par le mucus, et l'enfant était retombée presque dans le même état

qu'avant l'opération. On donna le calomel et l'ipéca ; on mit un vésicatoire sur la poitrine ; le tout en vain ; la mort arriva le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'opération.

L'autopsie fut faite par l'élève interne, mais avec précipitation, la famille désirant avoir le corps ; et l'on n'eut le temps que d'examiner les poumons, qui étaient très-pesants et compactes, gorgés de sang et de mucus. Le larynx et la trachée ne furent point examinés.

L'observation qui va suivre montrera avec évidence que la vie peut être sauvée par l'opération, même dans les conditions les plus désespérées.

Obs. VII. — Ellen Tobin, âgée de 2 ans, fut apportée à l'hôpital, le 19 décembre 1845 à neuf heures du matin, pour avoir pris la veille au soir, à dix heures, une gorgée d'eau bouillante par le goulot d'une théière. On lui avait donné tout d'abord un émétique ; mais les symptômes s'étaient aggravés, et lors de l'entrée elle était dans une asphyxie presque complète. Je n'ai jamais vu autant d'angoisse à chaque effort d'inspiration que dans ce cas. Les cartilages des côtes pliaient en dedans (*were sucked*) de la manière la plus remarquable, laissant un grand creux à chaque effort fait par la petite malade pour remplir ses poumons.

Malgré cet état désespéré en apparence, il fut décidé en consultation qu'on tenterait la chance de l'opération. Je la pratiquai donc à l'ordinaire. L'excision faite, l'air se précipita instantanément dans la trachée, l'enfant se mit sur son séant, toussa, regarda autour d'elle, et parut tout à fait rappelée à la vie. La trachée était longée par deux grosses veines latérales qu'il fut facile d'éviter, et il ne s'écoula pas une cuillerée à thé de sang. La trachée fut saisie sans difficulté ; elle était très-superficielle, et l'opération ne dura pas quatre minutes.

L'enfant fut mise dans un lit bien chaud ; la chambre tenue bien chauffée, et l'on prescrivit de petites doses de calomel et de poudre de James de trois en trois heures. Le lendemain matin, elle respirait en partie par la plaie et en partie par la bouche.

Tout allant le mieux du monde, dès le 21 on cessa les médicaments. Le quatrième jour, la plaie était en partie fermée ; le 1er janvier, elle l'était tout à fait ; et le 12, l'enfant fut renvoyée guérie.

Le spasme qui survient quand on saisit la trachée avec l'érigne est quelquefois porté au point de provoquer une asphyxie imminente, et réclame alors la plus grande promptitude et beaucoup de présence d'esprit de la part de l'opérateur. En voici un exemple.

Obs. VIII.—James Mondon, âgé de deux ans et demi, garçon beau et potelé, fut admis à l'hôpital le 25 juin 1847, à trois heures, pour avoir voulu avaler de l'eau bouillante par le goulot d'une théière, deux heures auparavant. Immédiatement après, sa mère lui avait fait prendre du beurre fondu qu'il avait vomi, et peu après il avait mangé un peu de biscuit sec.

A son entrée, il n'y avait rien d'urgent; la respiration était libre et naturelle, la déglutition facile ; pas d'ampoules aux lèvres, dans la bouche ni sur la langue; rien de remarquable vers l'épiglotte. On appliqua une sangsue à la région sus-sternale; on administra un émétique, et l'on tint chauds les membres et tout le corps.

A sept heures du soir, la respiration s'embarrassa et devint striduleuse ; la figure était bouffie et pâle, les pupilles contractées, le pouls à 100 ; la tête renversée en arrière, la peau froide ; l'épiglotte tuméfiée, dure et redressée. Peu d'instants après, le coma se prononça ; M. Read procéda en conséquence et sans délai à l'opération.

Au moment où la trachée était saisie avec l'érigne et où l'on y avait fait déjà une petite ouverture, l'enfant s'étendit brusquement de toute sa longueur ; la figure se contracta et fut prise d'une congestion très-forte, et la respiration fut suspendue. On ressaisit la trachée avec une érigne double et l'on agrandit l'ouverture, ce qui se fit facilement, la trachée restant immobile au fond de la plaie. On mit immédiatement l'enfant sur son séant, on introduisit dans la trachée une sonde flexible, on y insuffla une bouffée d'air en même temps qu'on plaçait des stimulants sous les narines. La poitrine se souleva, l'enfant expulsa en toussant un peu de sang et de mucus, et regarda autour de lui. On lui fit prendre de petites quantités de vin chaud coupé d'eau ; on l'enveloppa de couvertures chaudes, on le mit dans un lit bassiné, et à l'entour des bouteilles chaudes.

Il n'avait pas perdu plus de deux cuillerées à thé de sang. La réaction établie, on donna de petites doses de calomel et de poudre de Dower. Le lendemain, il survint une bronchite violente; les poumons et la trachée s'engorgèrent de mucus ; la face se tuméfia ; le pouls était petit, à 120. On oignit le corps avec l'onguent mercuriel, le tout en vain ; l'enfant succomba le jour d'après, cinquante heures après l'accident.

Autopsie, 16 heures après la mort. — La poitrine absolument mate à la percussion; en l'ouvrant, les poumons ne s'affaissèrent point ; ils étaient durs au toucher et d'une couleur très-brune. De vieilles adhérences fibreuses occupaient les deux plèvres, sans

épanchement de sérosité. Des sections faites aux poumons les montrèrent atteints d'une pneumonie au premier degré, congestionnés, durs, contenant à peine un peu d'air, hormis dans leurs lobes supérieurs; placés dans l'eau, ils surnageaient à peine. La trachée était tapissée à l'intérieur d'une lymphe récente, qui n'avait pas atteint cependant l'organisation des fausses membranes. Au-dessous de cette lymphe, la muqueuse apparaissait d'un rouge écarlate, avec ses vaisseaux finement injectés. L'ouverture faite à la trachée se trouvait un peu au-dessous de l'isthme du corps thyroïde.

L'épiglotte était redressée et tuméfiée; les replis thyro-épiglottiques étaient recouverts de flocons de lymphe et infiltrés de sérosité, de manière à oblitérer presqne l'orifice du larynx.

Voici un autre fait dont je dois les détails à M. Tagert, et qui prouve également combien est nécessaire la présence d'esprit, dans des circonstances aussi graves, pour introduire à temps une sonde dans la trachée.

Obs. IX. — En 1844, M. Tagert eut à pratiquer la trachéotomie chez un enfant de deux ans et demi, qui offrait les accidents accoutumés pour avoir ainsi avalé de la vapeur d'eau chaude.

La trachée ouverte et accrochée avec l'érigne, l'enfant cessa à l'instant de respirer, en s'étendant tout de son long; la face devint tout à fait livide, et le pouls n'était plus perceptible. On fit l'excision de la trachée à l'ordinaire, et la vie ne revenait point. On envoya en toute hâte chercher une sonde; pendant ce temps le cœur cessa de battre. Dès que l'instrument fut arrivé, M. Read, qui assistait l'opérateur, le porta par la narine jusqu'à la glotte; et M. Tagert pressant le cartilage cricoïde contre les vertèbres, M. Read insuffla une bouffée d'air par la sonde; l'enfant respira immédiatement, expulsa par la toux une grande quantité de mucus sanguinolent, et revint complétement à la vie. Malheureusement, ce ne fut pas pour longtemps; il mourut, le troisième jour après l'opération, d'une bronchite étendue avec des symptômes de pneumonie.

Le fait suivant est dû également à M. Tagert.

Obs. X. — Une petite fille, d'environ trois ans, essaya de boire dans une cafetière bouillante, le 15 mai 1839, vers une heure après midi. Elle ne parut pas s'en ressentir d'abord, ayant joué quelque temps après. Mais au bout de deux heures, elle commença à se plaindre de la gorge; la déglutition devint extrêmement douloureuse, et on l'apporta à l'hôpital Mercer vers quatre heures et demie.

La respiration n'était pas encore alors très-difficile. On donna

un émétique. La dyspnée apparut bientôt et s'accrut rapidement. A sept heures et demie, la respiration était striduleuse et croupale, la face livide, la peau froide. A neuf heures, M. Auchinleck pratiqua la trachéotomie qui n'amena que très-peu de soulagement.

Le lendemain à huit heures, la respiration était extrêmement laborieuse ; de grandes quantités de mucus gluant sortaient par la plaie de la trachée ; le pouls était rapide, filiforme ; les yeux entr'ouverts, mais sans expression : l'enfant était dans un demi-coma, secouée de temps à autre par des accès de toux suffocante ; tombant par intervalles dans des défaillances dont on la tirait en lui administrant de petites quantités de vin chaud coupé d'eau. On introduisit une petite sonde dans la trachée, d'où on la sortait par intervalles pour en ôter le mucus.

L'enfant succomba à dix heures du soir, suffoquée par la surabondance des mucosités, trente-trois heures après l'accident.

L'autopsie ne put être faite; on put seulement agrandir la plaie et extraire le larynx. L'épiglotte était fortement tuméfiée, redressée, enflammée ; les plis arythéno-épiglottiques épaissis et œdémaciés; l'ouverture du larynx presque entièrement obstruée par une infiltration sous-muqueuse ; la glotte elle-même était libre et sans œdème. La partie supérieure du pharynx enflammée.

M. Tagert remarque, à propos de ce fait, qu'il est difficile de dire si le liquide bouillant arrive jusqu'à la bouche ; peut-être n'y a-t-il que la vapeur qui est inhalée dans l'inspiration. La langue, les lèvres et la face interne des joues n'offraient aucune sorte de lésion.

Le fait suivant me vient encore de M. Tagert, qui servait d'aide à M. Palmer ; il montrera l'inconvénient et les fâcheuses conséquences d'une incision prolongée trop en bas du cou ; et aussi les résultats funestes d'un agrandissement de la plaie des parties molles après l'ouverture de la trachée.

Ob. XI.—Un enfant de deux à trois ans avait essayé de boire au goulot d'une bouilloire, en août 1846. Quatre heures après, comme la respiration s'embarrassait, on l'apporta à l'hôpital Mercer, où l'opération fut jugée nécessaire. Ce fut M. Palmer qui la pratiqua.

La trachée mise à nu, on aperçut au fond de la plaie la portion supérieure du thymus qui montait et descendait, de manière à recouvrir la trachée à chaque inspiration. M. Palmer accrocha cette partie avec une érigne, l'étreignit dans une ligature et en fit la section au-dessus du lien ; après quoi il ouvrit la trachée à

l'ordinaire. Mais alors, observant que cette ouverture était cachée, comme par une valvule, par le fascia profond et les muscles qui le recouvrent, avec un scalpel il agrandit la plaie *par en haut* (*above*); quelque vaisseau divisé versa une grande quantité de sang qui pénétra dans la trachée, et l'enfant mourut à l'instant, sur la table même.

Je pourrais relater un autre cas pour lequel je fus appelé par un praticien apothicaire, et où je fis la trachéotomie six heures après l'inhalation d'eau bouillante. L'opération réussit parfaitement; mais je me borne à ce peu de mots, ne voulant rapporter ici que les faits observés à l'hôpital.

Maintenant, que plusieurs de ces cas guérissent à l'aide d'un traitement antiphlogistique, sans qu'il soit besoin de recourir à l'opération, c'est ce que savent tous les chirurgiens. J'en pourrais rapporter nombre d'exemples; il suffira d'un seul cas.

Obs. XII. — William Rach, âgé de trois ans et demi, fut admis à l'hôpital le 8 décembre 1842, à huit heures du soir, pour avoir essayé d'avaler de l'eau bouillante par le goulot d'une bouilloire, ce même jour à une heure.

Je le vis peu après son entrée; la respiration était courte, striduleuse, croupale; toux; déglutition difficile; figure rouge mais non tuméfiée; le pouls à 100; pas d'ampoules visibles dans la bouche; il répondait à mes questions, mais d'une voix rauque.

Lors de l'accident, il paraît qu'il avait beaucoup crié; après quoi il avait dormi trois heures. A son réveil, la respiration étant embarrassée et croupale, la mère avait pris l'alarme et l'avait amené à l'hôpital. Le cas ne semblant pas très-urgent, je prescrivis un émétique et deux sangsues à la région sus-sternale.

Ces moyens produisirent un grand soulagement, car après les vomissements il but très-librement et sans grande douleur. On donna dans la nuit un grain de calomel toutes les trois heures. Le lendemain matin il ne conservait qu'une toux légère qui fut enlevée par un petit vésicatoire, et le jour suivant on le renvoya guéri.

Ce cas montre tout le bénéfice qu'on retire des émétiques, qui ont pour effet de dégorger les vaisseaux et de vider les tuyaux bronchiques des mucosités. Si cet effet n'avait pas été produit, et les symptômes ainsi apaisés, l'opération eût été la seule ressource.

Mais avant que les symptômes soient complétement dissipés, il est imprudent d'exposer l'enfant au froid ou de lui permettre

un régime trop substantiel, on en trouvera la preuve dans le fait suivant.

Obs. XIII. — John d'Arcy, âgé de deux ans, entra à l'hôpital le 17 novembre 1845, pour un accident du même genre arrivé la veille au soir. Il avait d'abord poussé des cris violents, puis quelque temps après, il avait couru quatre heures entières comme s'il ne lui était rien arrivé. Mais une heure après avoir été mis au lit, sa respiration devint précipitée et difficile ; un apothicaire consulté donna quelque remède qui ne fit rien, et on l'amena à l'hôpital. Lors de son entrée, sa respiration était précipitée et striduleuse ; la face complétement naturelle ; le pouls à 80 ; des ampoules s'apercevaient à la voûte du palais ; l'épiglotte était un peu gonflée et redressée ; la tête n'était point renversée en arrière, et la déglutition se faisait avec difficulté. Un émétique fut administré à l'instant, deux sangsues appliquées à la région sus-sternale, et deux grains de calomel donnés toutes les trois heures.

Le 18.—Il ne va pas beaucoup mieux ; la respiration est toujours striduleuse ; le pouls à 80 ; la poitrine sonore à la percussion ; la face naturelle ; la déglutition moins gênée ; il demande à boire de l'eau froide. — On continue les poudres à intervalles plus éloignés.

Le 19.—L'amélioration est telle que sa mère veut l'emmener de l'hôpital, malgré nos représentations.

Le 20. — La mère l'a emmené hier, lui a donné du vin, et l'a bourré d'aliments ; elle le rapporte avec une bronchite étendue et une laryngite. Toute idée de trachéotomie est inadmissible, à raison de la lymphe qu'on présume déposée dans la trachée. Les émissions sanguines générales et locales, les vésicatoires, le calomel, l'émétique furent tentés en pure perte, et il succomba le lendemain matin.

Autopsie quatorze heures après la mort.—Embonpoint notable ; la face gonflée et livide ; les poumons congestionnés, fermes au toucher, non crépitants à la pression. Le larynx étant relevé, on trouva la muqueuse qui recouvre l'épiglotte épaissie, recouverte de lymphe ; la glotte dans la même condition, et toute la trachée, jusqu'à sa bifurcation, tapissée par une fausse membrane.

Des faits ci-dessus rapportés découlent des conséquences éminemment pratiques.

Dans tous les cas où de l'eau bouillante a failli être avalée, le danger doit être considéré comme imminent ; car, bien que les petits malades semblent souffrir comparativement fort peu durant les premières heures, toujours il survient, plus tôt ou plus tard,

des symptômes d'une haute gravité, qui, si on ne les dissipe par un traitement approprié, amèneront une mort certaine ou réclameront la trachéotomie. L'opération est impérieusement exigée, à mon avis, quand les moyens accoutumés, l'émétique, les sangsues, l'application de la chaleur par tout le corps, etc., n'ont pu apaiser les symptômes menaçants. Quand la respiration devient striduleuse et croupale, ou se réduit à une simple palpitation, à raison du spasme de la glotte ; quand le pouls est petit et rapide, la température du corps diminuée, la tête renversée en arrière, la face congestionnée , les yeux à demi-ouverts, avec tendance au coma et difficulté de la déglutition ; si l'on arrive au début d'un pareil état de choses , je pense qu'il faut opérer sans délai ; mais quand cela dure depuis assez longtemps pour que le coma soit complet, ou bien encore quand il s'y joint de la bronchite ou de la laryngite , alors je regarde l'opération comme inutile. En effet, quand l'opération , pratiquée à temps , ne tue pas les patients par le choc imprimé au système nerveux, c'est le développement consécutif d'une bronchite, d'une laryngite, d'une pneumonie qui la rend fatale ; et, conséquemment, quand quelqu'une de ces complications préexiste à l'opération même, il ne reste que bien peu d'espoir de guérison.

Il est des cas où la guérison s'obtient sans opération ; j'en ai cité un exemple, et j'en ai vu beaucoup d'autres ; mais cela ne me paraît pas sujet à contestation.

Voyons maintenant quel est le procédé opératoire préférable, et le traitement ultérieur à appliquer.

Les instruments nécessaires sont un bistouri ordinaire, des ciseaux, des pinces, un rétracteur, une canule (*a trachea pipe*), une sonde de gomme élastique et une petite érigne double ; cette dernière me paraît beaucoup plus propre pour bien saisir la trachée que l'érigne simple ou tout outre instrument. Les précautions à prendre sont les suivantes :

1° L'opérateur doit s'attacher à faire exactement son incision cutanée sur la ligne médiane; autrement, l'ouverture de la trachée ne répondra pas à celle de la peau et sera recouverte comme par une espèce de valvule.

2° Il faut une grande attention pour éviter les veines thyroïdiennes, qui, ainsi que l'artère thyroïdienne médiane, empiètent constamment sur la ligne médiane.

3° L'incision ne doit pas être prolongée trop en bas du cou pour ne pas ouvrir le fascia qui s'insère au sternum, et qui forme l'orifice supérieur du thorax comme un petit diaphragme ; ceci n'exposerait pas seulement au danger de blesser la veine inno-

minée, mais apporterait un grand embarras pour les autres temps de l'opération, à raison de l'élévation et de l'abaissement successifs du thymus.

4° Il ne faut jamais ouvrir la trachée qu'on ne soit bien sûr d'avoir divisé le fascia profond qui la recouvre ; sans quoi, l'on s'expose sûrement à une ouverture valvulaire.

5° L'opérateur doit se tenir prêt, en cas de spasme, au moment où la trachée est saisie par l'érigne, à exciser le lambeau de la trachée avec rapidité; et, si l'enfant ne respirait pas immédiatement après l'excision faite, il ne faudrait pas perdre de temps pour introduire une sonde de gomme élastique dans la trachée et insuffler les poumons.

6° On ne doit jamais agrandir la plaie des parties molles après que la trachée a été ouverte, de peur qu'un flot de sang n'y pénètre et n'amène une mort instantanée.

7° Si du sang tombe dans la trachée au moment où on l'ouvre, et produit une toux violente ou même une menace d'asphyxie, il faut recourir à la sonde de gomme élastique.

8° Quand un ganglion lymphatique se présente sur le trajet de l'incision, et tendrait à obstruer le passage de l'air dans la trachée, il peut être enlevé sans danger.

Immédiatement après l'opération, comme l'enfant est généralement dans un état de collapsus plus ou moins prononcé, on lui donnera de petites doses de vin chaud coupé d'eau, ou une mixture camphrée ; on le mettra dans un lit bien bassiné, avec des bouteilles chaudes autour de lui, et on tiendra la chambre bien chauffée.

La réaction déclarée, on administrera à doses petites et répétées le calomel combiné avec la poudre de James, l'ipéca ou le tartre émétique. En cas de diarrhée, l'*hydrargyrum cum cretâ* avec la poudre de Dower; et, si la diarrhée résiste, de petits lavements anodins. Mais le principal péril à redouter, celui contre lequel il faut surtout se mettre en garde, c'est la complication d'une bronchite, d'une laryngite ou d'une pneumonie; et je ne sache rien de mieux, pour s'en préserver, que le maintien d'une atmosphère chaude et l'emploi du calomel. Si toutefois on ne peut l'éviter, on la combat par les moyens appropriés.

---

6. *Des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, et de leur traitement par le sulfate de quinine*; par M. Moulin, D.-M.-P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Revue médico-chirurgicale, juillet 1848.)

Les hydropisies qui surviennent pendant le cours des fièvres

intermittentes ont de tout temps attiré l'attention des médecins ; on en trouve des indications nombreuses dans les auteurs anciens; Hippocrate a parlé de cette complication, et en indique même la théorie dans son livre *des Maladies* et dans son *Traité des Maladies des femmes*. Cœlius Aurelianus regarde celles-ci comme un symptôme commun aux affections du foie et de la rate. Morton, Torti, Werlhoff, Monro, Pringle, signalent ces hydropisies et les attribuent à la fièvre, à sa durée, à ses fréquentes récidives. Strack offre plusieurs observations d'hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, dans un ouvrage couronné par l'Académie de Dijon en 1782. Enfin, dans la thèse de Lafisse, en 1809, dans un mémoire publié par Carron d'Annecy, la même année, se trouvent consignés de nombreux exemples de cette variété d'hydropisies. Il est peu d'auteurs modernes qui, ayant traité la grande question des fièvres intermittentes, n'aient mentionné l'œdème, l'ascite, comme des accidents fréquents dans ces pyrexies.

Dans cette forme d'hydropisie, la sérosité a généralement pour siége le tissu cellulaire des membres inférieurs, ou la cavité péritonéale ; il est rare de lui voir occuper d'autres cavités séreuses ; toutefois, Carron d'Annecy a cité un cas d'hydropleurite survenue pendant le cours d'une fièvre quarte ; M. Nepple a observé pendant le cours d'une fièvre tierce une hydarthrose fémoro-tibiale... Quel que soit le lieu où s'accumule la sérosité, il existe un état organopathique constant : c'est l'engorgement de la rate, engorgement dont l'existence peut être démontrée par les nombreuses autopsies d'hydropiques et confirmée pendant la vie par l'examen plessimétrique de la rate. Portal nous donne le résultat d'un grand nombre d'autopsies d'hydropiques chez lesquels on trouva la rate engorgée, très-volumineuse. On lit dans le *Sepulchretum* de Bonnet l'histoire intéressante d'une hydropisie ascite survenue à un mélancolique après une longue fièvre tierce, qui finit par des douleurs de tête violentes, avec délire et convulsions. On reconnut à l'ouverture du corps que la cavité du bas-ventre contenait environ 25 livres d'une eau limpide et sans odeur, et que la rate était très-volumineuse et pesait 5 livres. Cette lésion organique paraît appartenir exclusivement à l'hydropisie consécutive aux fièvres intermittentes ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe dans les ascites qui se sont développées sous l'influence d'une tout autre cause ; et bien fausse est l'assertion de cet auteur du seizième siècle, Dodonœus, qui prétendait n'avoir jamais ouvert un cadavre d'ascitique qui n'offrît une rate gonflée et volumineuse.

Mais en quoi consiste cet engorgement splénique ? Tantôt c'est une simple congestion sanguine ; la turgescence de la rate dépend uniquement de la quantité de sang contenue dans ce viscère, quantité qui dépasse de beaucoup celle qu'il doit normalement contenir ; tantôt, en même temps qu'hypérémie, il y a hypertrophie : les cellules spléniques se sont multipliées, ont agrandi leur capacité ; leurs parois ont acquis un peu plus d'épaisseur ; mais il n'y a encore ici nul changement apporté à la texture intime de la rate. Enfin, il est des cas où l'altération est plus profonde, le tissu de cet organe est devenu plus ferme, plus résistant, plus sec ; les cellules spléniques ont à peu près complétement disparu ; il y a hypertrophie avec induration. Dans cette classe doivent être rangées ces rates monstrueuses du poids de 4, 5, 6 livres et plus, que l'on observe chez les individus soumis depuis longtemps à l'influence délétère du miasme palétuvien : ces rates arrivées à un tel état de désorganisation qu'il ne leur reste plus rien de leur texture primitive, où il n'y a plus la moindre trace de cellules, où le sang a pénétré à peine. Bien que l'induration soit une coïncidence plus fréquente de l'intumescence splénique que le ramollissement, l'on n'observe pas moins ce dernier état dans certaines fièvres pernicieuses.

L'œdème, l'anasarque, l'hydropéritonie, viennent très-fréquemment compliquer la fièvre intermittente dans les pays où cette pyrexie règne d'une manière endémique. Dans une région du département de l'Indre, la Sologne, où la fièvre des marais exerce impitoyablement ses ravages, se meut péniblement une population pauvre, chétive, à la maigreur squelettique, au teint d'un gris plombé, ne produisant que des enfants malingres, souffreteux, aux membres grêles, au ventre ballonné. Heureux, privilégiés sont les habitants qui, plus réfractaires à l'intoxication marémateuse, ne marchent pas courbés par le poids d'un ventre énorme rempli d'eau, et ne sont pas condamnés à l'inaction par l'infiltration de leurs jambes !

En général, l'hydropéritonie, l'anasarque, ne se manifestent que chez les individus tourmentés depuis plusieurs mois par des accès fébriles, ou qui déjà ont été soumis à de fréquentes récidives : leur constitution a déjà subi quelque atteinte, comme le prouvent un certain degré d'amaigrissement, la bouffissure de la face et la teinte jaune grisâtre de la peau : cette assertion s'appuie sur les nombreuses observations publiées par différents auteurs, Lafisse, Carron d'Annecy, etc. ; toutes ont trait à des individus qui, depuis trois, quatre, cinq mois et même davantage, étaient fébricitants.

Nous pûmes, en outre, faire cette remarque, que l'hydropisie coïncidait ordinairement avec le type quarte de la fièvre, circonstance que certains médecins ont voulu expliquer par la longueur plus grande du frisson dans la fièvre quarte, et surtout par les obstacles apportés à l'établissement de la sueur dans le troisième stade. Observant que rarement la fièvre débute par le type quarte, que ce type paraît être une sorte de dégradation des autres types, une sorte de terminaison chronique, nous pensons que ce fait suffit seul pour rendre compte de la fréquence plus grande de l'hydropisie dans la fièvre quarte que dans les autres formes de la fièvre intermittente.

L'anasarque, l'ascite une fois développées, les accès fébriles n'en continuent pas moins leur cours; mais il n'est pas rare de voir, chez des individus fébricitants depuis plusieurs mois, ou qui, à plusieurs reprises, ont subi l'atteinte de la fièvre intermittente, qu'à mesure que l'hydropisie fait des progrès, les accès fébriles perdent de leur intensité, de leur périodicité; et souvent il ne persiste que de légers frissons irréguliers, un peu de malaise, accidents tellement légers que les malades ne s'en plaignent pas.

M. Nepple parle d'une forme d'hydropisie qui se manifeste au moment où la fièvre cesse, et qui ne consiste alors qu'en une enflure des pieds et des jambes; et, chose remarquable, on voit souvent cette hydropisie disparaître quand la fièvre se rétablit, la fièvre cesser quand l'hydropisie renaît, et ces deux maladies alterner l'une avec l'autre; suivant ce médecin, cette enflure des pieds et des jambes, qui coïncide avec la disparition des accès, est due au ralentissement de la circulation qui succède à l'activité excessive causée par le mouvement fébrile, observant qu'aussi, lorsque cette activité et le mouvement fébrile renaissent, l'enflure se dissipe.

Parmi les symptômes qui forment le cortége de cette affection, les uns dépendent de la modification qu'a subie l'économie entière sous l'influence des effluves marécageux, tels que l'amaigrissement, l'état de flaccidité des chairs, la bouffissure, la teinte gris-jaunâtre du visage, l'apparence blanc-bleuâtre des sclérotiques, d'où viennent les noms d'ictère gris, d'ictère bleu; enfin les hémorhagies nasales. Les autres sont la conséquence de l'épanchement liquide, en tant qu'il agit comme un corps étranger sur les viscères abdominaux et thoraciques; par son poids, il comprime l'estomac et entraîne des troubles plus ou moins marqués dans la digestion; par son abondance, il distend outre mesure la cavité abdominale, et refoule le diaphragme et avec lui les or-

ganes thoraciques, d'où résultent des palpitations, de la dyspnée, de l'anhélation qui augmentent par la marche et le moindre mouvement. Enfin, il est des symptômes que l'on peut considérer comme la manifestation de la souffrance de la rate, tels que la douleur qui existe quelquefois dans l'hypochondre gauche, douleur exaspérée par la palpation et la percussion; le sentiment de tiraillement très-pénible qu'éprouvent les malades pendant la marche. Toutefois, ces symptômes ne sont appréciables que dans les cas où, avec une hydropéritonie médiocre, coïncide un engorgement considérable de la rate; c'est alors à la rate, qui par son poids et son volume comprime le ventricule et refoule le diaphragme, que nous devons attribuer les troubles survenus dans la circulation, la respiration et la digestion. L'observation II nous offre un très-bel exemple de l'effet que peut produire une rate volumineuse sur la circulation par suite du déplacement du cœur.

L'infiltration qui occupe les membres inférieurs rend la marche pénible, détermine de la pesanteur, de l'engourdissement; elle peut devenir assez considérable pour rendre la progression impossible.

Cette forme d'hydropisie présente une marche excessivement variable : tantôt elle commence par une enflure œdémateuse aux pieds, aux jambes, qui gagne peu à peu les cuisses, les bourses et les téguments de l'abdomen; puis bientôt il se fait une sécrétion de sérosité plus ou moins abondante dans la cavité péritonéale, tantôt, au contraire, elle débute d'emblée par l'hydropéritonie. Cette hydropéritonie n'affecte quelquefois que la forme subaiguë, en raison de l'affaiblissement de la constitution du sujet affecté par des accès fébriles antécédents; enfin, il arrive assez souvent qu'elle est chronique et asthénique, lorsque le malade est atteint d'une cachexie marémateuse assez avancée.

Le pronostic de ces hydropisies est en général peu grave; car si au début le médecin en reconnaît la cause, il a à sa disposition un médicament qui peut en faire immédiatement justice; mais lorsque la cause de la maladie passe inaperçue, l'hydropisie fait chaque jour des progrès, le ventre se remplit d'une quantité de sérosité tellement considérable, qu'il n'est plus alors possible d'éviter une terminaison fatale qu'en pratiquant la paracentèse. Le succès de cette opération dépend beaucoup de l'état de la rate.

Le diagnostic des hydropisies de provenance miasmatique résulte de la connaissance que l'on a des circonstances qui les ont déterminées; il est basé sur l'appréciation des faits commémo-

ratifs, et surtout sur la détermination des états anatomiques concomitants.

Il est des cas où l'appréciation des faits commémoratifs, la teinte grisâtre de la peau, la persistance des accès fébriles, suffisent pour établir l'étiologie de l'hydropisie, et il n'est alors besoin de recourir à la recherche du symptôme anatomique constant des fièvres intermittentes que comme un moyen de confirmer le diagnostic; mais lorsque les commémoratifs manquent, les accès fébriles ont complétement disparu, ou bien sont si faibles, si peu marqués, que les malades ne se plaignent pas d'en éprouver, le médecin suspendra son diagnostic jusqu'à ce qu'il ait reconnu l'engorgement de la rate.

Les symptômes rationnels, tels qu'une douleur, un sentiment de tiraillement ressentis dans l'hypochondre gauche, de l'anhélation, des palpitations, ne peuvent nous donner que des présomptions en faveur des engorgements de la rate. La certitude ne peut venir que des méthodes d'exploration physiques... Lorsque la rate offre un volume énorme, le ventre présente du côté gauche une tumeur parfaitement circonscrite, ayant la position, la figure de cet organe; la vue, aidée de la palpation, suffit alors pour établir le diagnostic; les doigts, dirigés d'une manière convenable et promenés dans cette région, peuvent parcourir et dessiner les contours de cet organe.

Il est un signe nouveau qui, lorsqu'il existe, peut servir à distinguer les tumeurs formées par la rate des tumeurs de toute autre nature situées dans l'hypochondre gauche; dans les trois cas de rates énormes que nous avons observés, nous avons obtenu, par la palpation ou une compression médiocre exercée sur la tumeur, un bruit tout à fait semblable au cri de l'étain, au bruit que l'on entend quand on presse une rate entre les doigts.

La rate peut être malade, elle peut avoir acquis un développement notable, sans que sa circonférence inférieure dépasse le rebord cartilagineux des côtés; elle reste alors inaccessible à l'œil et aux doigts. La percussion plessimétrique peut seule nous faire apprécier cet engorgement... La percussion de la rate, la détermination du volume de cet organe, n'offrent aucune difficulté; aussi sommes-nous étonné de voir aussi peu de médecins en faire usage. Que ceux qui repoussent le plessimètre comme un objet de luxe et de superfluité emploient du moins avec soin et méthode la pression digitale : s'ils n'arrivent pas à ce degré de précision que fournit la percussion plessimétrique, ils en retireront toujours quelques renseignements précieux.

Dans la recherche des engorgements spléniques à l'aide de la

méthode de M. Piorry, il est deux causes d'erreur contre lesquelles il faut se prémunir : 1° Il peut arriver que le lobe gauche du foie hypertrophié, se prolongeant jusque dans l'hypochondre gauche, fasse corps pour ainsi dire avec la rate et refoule ce viscère par en bas ; la percussion accuse alors dans la région splénique une matité qui s'élève très-haut et qui déborde beaucoup par en bas le rebord cartilagineux du thorax : on fera dépendre cette matité d'un engorgement splénique, si l'on ne cherche point à établir les limites du foie. 2° Si, par suite d'un épanchement dans la cavité pleurale gauche, il y a refoulement de la rate, on obtiendra dans l'hypochondre une étendue de matité plus considérable que dans l'état normal, et l'on courra le risque de commettre une erreur grave, si l'on ne tient pas compte de la difficulté que l'on éprouve à établir, à dessiner l'extrémité supérieure de la rate, si l'on n'explore pas à l'aide de la percussion et de l'auscultation le côté gauche du thorax, surtout en ayant soin de varier les attitudes du malade.

Enfin, la négligence de la percussion de la rate peut faire attribuer à une affection du cœur une hydropisie qui est la conséquence d'une fièvre intermittente, comme cela a failli nous arriver chez l'individu qui fait le sujet de la troisième observation, où existaient au cœur des palpitations et un bruit de souffle.

Préalablement à tout traitement, on se trouve bien d'établir, de dessiner avec le crayon la forme, le volume de la rate ; il est facile alors de constater chaque jour quels sont les effets du médicament employé.

L'hydropisie consécutive aux fièvres intermittentes offre peu d'espoir de guérison, si l'on n'emploie pour la combattre que les moyens à l'aide desquels on cherche à dissiper les hydropisies survenues sous l'influence d'autres circonstances. Les médicaments dits anti-ascitiques, diurétiques, tels que la digitale, la scille, le nitrate de potasse, etc., n'ont aucune action efficace ; il en est de même des purgatifs, et, si l'on en croit Strack, les purgatifs, loin d'être utiles, ne font qu'aggraver le mal. Le quinquina et ses sels sont les seuls moyens thérapeutiques capables d'arrêter les progrès de la fièvre et de l'engorgement splénique, et enfin de détruire l'hydropisie. Il est cependant des médecins qui redoutent d'employer le quinquina lorsque la fièvre est accompagnée d'hydropisie, s'appuyant sans doute sur le témoignage de ces auteurs qui assurent que le quinquina produit des obstructions dans les viscères du bas-ventre, et par suite l'hydropisie.

Cette opinion est dénuée de toute vérité, de tout fondement ; longtemps avant l'usage du quinquina, l'on avait vu survenir des

hydropisies, des obstructions de la rate à la suite des fièvres quartes; et, d'autre part, l'on ne trouve dans la science que des observations fort imparfaites d'hydropisies causées par le quinquina. On doit attribuer les hydropsies survenues pendant l'usage du quinquina, non pas, comme l'a fait Strack, à ce que les impuretés de l'estomac empêchaient l'efficacité de cette écorce, mais bien à ce que les doses que l'on administrait étaient trop faibles pour arrêter la fièvre et dissiper l'engorgement splénique.

L'efficacité du quinquina dans ces hydropisies est incontestable: les ouvrages anciens en rendent témoignage; ils regorgent d'observations de fièvres accompagnées d'hydropisies guéries par cette écorce. Indépendamment des exemples qui nous sont fournis par Torti, Werlhoff, Strack, etc., nous pouvons nous convaincre de ce fait en lisant les observations publiées par Lafisse, Carron d'Annecy, Portal.

A quelle dose doit-on prescrire le quinquina? On ne doit pas craindre d'élever la dose de ce remède quand la rate est profondément lésée et que l'hydropisie est considérable : « *Quoticescumque febrem esse chronicam contingit, viam sternere solet ad plures morbos, eoque maxime funestos, ut hydropem, phthisim, icterum, etc., qui quidem omnes cortice peruviano copiose exhibito atque sæpius repetito, feliciter curantur.* » Chaque jour on peut administrer le quinquina à la dose de 15 grammes, 30 grammes, 45 grammes, en poudre délayée dans l'eau, dans le lait, et le plus souvent dans du vin ; en décoction, sous forme d'électuaire.

Dans le cas d'hydropéritonie considérable on retire quelques avantages de l'union de la magnésie, de la rhubarbe, du tartre stibié au quinquina, sous forme d'électuaire ; s'il y a une irritation gastro-intestinale, de la diarrhée, on se trouve bien de donner le quinquina en infusion, combiné avec l'opium et la gomme arabique, ou en électuaire combiné avec l'écorce de Winter et la thériaque.

Dans le traitement des hydropisies avec engorgement de la rate, le sulfate de quinine fournit des résultats plus avantageux et plus rapides que le quinquina. MM. Bailly et Piorry ont montré quels succès inattendus peuvent être obtenus au moyen de ce sel administré à doses élevées dans la cure des obstructions de la rate même assez anciennes. Il est des médecins qui, craignant de causer l'irritation, voire même l'inflammation de l'appareil gastro-intestinal, ne se hasardent à donner ce remède qu'à des doses très-minimes, à la dose de quelques grains. Ces appréhensions nous paraissent peu fondées : pendant notre in-

ternat chez M. le professeur Piorry, nous avons vu mille fois administrer le sulfate de quinine à des doses fortes et souvent répétés, tant dans les fièvres intermittentes que dans d'autres affections, telles que les névralgies périodiques, l'hystérie, etc.; nous n'avons jamais observé ces accidents gastro-entériques qu'on s'est plu à signaler. Les seuls inconvénients attachés à cette médication étaient d'occasionner des tintements d'oreille, un certain trouble dans la vision et dans la progression : cet effet était très-temporaire et se dissipait en quelques heures; une seule fois, nous eûmes l'occasion d'observer des accidents cérébraux plus prononcés, après l'ingestion de 3 grammes d'alcoolé de quinine.

Ici l'encéphalopathie était due à la dose de la préparation de quinine, qui était au-dessus de la dose ordinaire; d'un autre côté, l'alcoolé nous a paru toujours plus actif que le sulfate de quinine. L'alcool concentré, qui a servi à dissoudre la quinine brute, n'a-t-il pas eu aussi une grande part à la production de ces accidents?

A quelle dose doit-on administrer le sulfate de quinine? 1° Lorsqu'il n'existe qu'une simple hypérémie de la rate, que l'épanchement péritonéal est médiocre, 0,50, 1 gramme de sulfate de quinine en une ou deux fois dans la journée, constituent une dose suffisante... 2° Lorsque l'hydropisie est très-considérable et que le volume de la rate est énorme, il ne faut pas hésiter à donner en deux ou trois fois dans la journée 1 gramme, 1 gram. 50 centigrammes, 2 grammes 50 centigrammes de sulfate de quinine. On peut administrer ce sel en poudre, ou dissous dans une potion par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique qui transforme ce sel neutre en bisulfate.

Dans le premier cas, la durée du traitement est de quelques jours seulement, et la quantité de sulfate de quinine employée jusqu'à guérison complète ne s'élève qu'à 7 ou 9 grammes. Ainsi, les observations d'hydropéritonie publiées dans l'ouvrage de M. Piorry nous fournissent les résultats suivants :

115. Hypérémie de la rate; guérison au bout de six jours; 8 grammes de sel.

117. Hypérémie, fièvre tierce, hydropéritonie; guérison après sept jours par 7 grammes.

118. Hydropéritonie; guérison après neuf jours.

120. OEdème; guérison après sept jours par 9 grammes de sulfate de quinine.

Dans les cas les plus graves, lorsqu'il y a un commencement d'induration de la rate, il faut insister beaucoup plus longtemps sur l'administration du sulfate de quinine : ce n'est souvent qu'au

bout d'un ou de deux mois que la résorption du liquide épanché est complète; notre troisième observation nous en offre un exemple.

Dans les cas d'hydropéritonie soumis à notre observation, nous avions dessiné avec le crayon de nitrate d'argent la ligne de niveau du liquide, ainsi que la forme et les dimensions de la rate, ce qui nous a permis de constater que, sous l'influence de doses successives de sulfate de quinine en même temps qu'il s'effectuait un abaissement dans le niveau du liquide, la rate diminuait de volume; en un mot, l'hydropéritonie et le retour de la rate vers son volume normal nous ont paru suivre une marche tout à fait identique. Dans un cas qui nous est propre, et dans ceux publiés par M. Piorry (*Traité de médecine pratique*), la rate avait repris ses dimensions naturelles aussitôt après la résorption complète du liquide intra-péritonéal. La rate, dans ces circonstances, ne présentait qu'une congestion ou une simple hypertrophie; mais lorsque cet organe est volumineux et induré, il n'est pas revenu à son volume primitif, que l'hydropéritonie a complétement disparu. Il faut alors continuer le sulfate de quinine ou le quinquina... Lorsqu'un engorgement splénique résiste à ces médicaments, M. Nonat prétend retirer de grands avantages de l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur l'hypochondre gauche. Ces moyens ont été essayés à l'hopital de la Pitié, mais l'on a été beaucoup moins heureux que M. Nonat; ils n'ont eu aucune influence favorable sur ces engorgements.

Nous ne croyons pas pouvoir donner une meilleure idée de l'efficacité du sulfate de quinine à doses élevées, dans le traitement des hydropisies de provenance miasmatique, que de signaler les observations suivantes :

Engorgement de la rate, ascite et œdème; sulfate de quinine à haute dose.

Obs. I. — Mimeck (Dominique), âgé de 30 ans, belge, de très-forte constitution, à Paris depuis trois mois et ayant presque toujours habité près du canal, ayant eu plusieurs fois dans son pays des accès de fièvre intermittente, dont il fut repris peu de temps après son arrivée à Paris. Ces renseignements, que le malade ne nous fournit pas tout d'abord, ne nous arrivèrent qu'avec peine, après constatation préalable d'une hypertrophie de la rate.

Le 18 juin. État actuel : Face bouffie, œdématiée, couleur terreuse de la peau et teinte bleuâtre des sclérotiques. *Œdème*

des membres inférieurs qui commence à gagner les bourses et la verge.

Abdomen plus volumineux qu'à l'état normal, plus saillant vers la région hypogastrique. La percussion fait reconnaître en cette région une matité très-prononcée suivant une ligne de niveau, distante de l'ombilic d'environ 3 centimètres et demi. Au-dessus de cette ligne horizontale, sonorité tympanique ; à l'union de l'espace sonore avec l'espace mat, bruit hydraérique. La matité et la sonorité se déplacent suivant les positions que l'on fait prendre au malade.

Rien du côté du cœur ni des poumons. Les urines ne donnent aucun précipité par l'acide nitrique. Il n'y a dans la cavité abdominale aucune tumeur qui puisse rendre compte de l'hydropéritonie et de l'œdème. La région splénique, examinée à l'aide de la percussion plessimétrique, fournit une matité plus étendue qu'à l'état normal ; la rate, limitée, offre un volume considérable ; sa hauteur est de 12 centimètres et demi ; son épaisseur est très-grande, à en juger par la résistance au doigt qui percute.

Diagnostic. — Engorgement de la rate, hydropisie consécutive à une fièvre intermittente, quoiqu'il n'existe alors que de légers frissons sans chaleur ni sueur. — Prescription : *Potion avec 1 gramme 50 cent. de sulfate de quinine.*

Le 20, les frissons ont fait défaut ; la rate a diminué de 1 centimètre et demi ; la ligne de niveau de l'épanchement abdominal a baissé de 2 centimètres ; l'œdème des jambes est moindre, grâce aussi à la position élevée. (*Nouvelle potion avec 1 gramme 50 cent. de sulfate de quinine.*)

Les 21, 22, 23 et 24, même portion. Chaque jour, la rate se rapproche de son volume normal, et l'hydropéritonie décroît rapidement. A la troisième potion, l'œdème des jambes avait complétement disparu. Enfin, le 26 juin, le malade sort de l'hôpital ; il n'y a plus de liquide dans la cavité péritonéale, la rate n'offre plus que 8 centimètres de hauteur.

Engorgement de la rate, œdème, hydropéritonie ; sulfate de quinine à haute dose.

Obs. II. — Jacques L..., 23 ans, brasseur, entré à l'hôpital le 2 février 1847, salle Saint-Raphaël, n° 18, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Ce jeune homme éprouve, depuis trois mois environ, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, des palpitations qui devinrent de jour en jour plus violentes ; ses pieds enflèrent, et par suite sa

marche devint plus difficile. En même temps, anorexie, constipation, douleurs épigastriques, parfois vomissements.

Le 3. État actuel : Face bouffie, embonpoint assez marqué. Ce malade se plaint d'assoupissement, de battements de cœur violents, de nausées fréquentes. Si l'on examine le ventre, on lui trouve un volume énorme ; la cage thoracique est énormément élargie vers sa base. La percussion plessimétrique fait reconnaître à la région hypogastrique une matité très-marquée qui devient plus faible vers l'ombilic, où elle s'arrête suivant une ligne de niveau ; au-dessus de cette ligne, résonnance tympanique exagérée qui remonte jusqu'au-dessus du rebord cartilagineux des côtes ; on peut facilement faire varier le siége de la matité. Le foie est refoulé par en haut. Le cœur présente une étendue de matité normale, mais il n'a pas sa position naturelle ; son bord supérieur s'est rapproché de la clavicule, et affecte une direction presque horizontale ; à l'auscultation, on perçoit de l'hésitation dans les bruits du cœur, et un bruit de souffle léger au premier temps. Rien dans les poumons, ni à l'auscultation, ni à la percussion ; la dyspnée que l'on observe tient au refoulement du diaphragme.

Les urines, examinées, ne fournirent aucun précipité par l'acide nitrique. L'état du cœur ne pouvant nous suffire pour rendre compte de l'ascite et de l'œdème, nous en cherchâmes ailleurs la raison. Quoique le malade ne nous eût pas accusé des accès fébriles, la rate fut percutée, et nous lui trouvâmes un volume énorme, une hauteur de 15 centimètres. Interrogé de nouveau dans le sens d'une fièvre intermittente, il dit en avoir éprouvé quelques accès dans son pays ; mais, nous dit-il, il ne croit pas devoir leur attribuer sa maladie.

Le 4, purgatifs contre la constipation et la tympanite; potion avec 2 grammes de sulfate de quinine contre l'engorgement splénique et l'hydropisie. Le 5 février, le malade a rendu beaucoup de matières fécales liquides et de gaz : aussi le ventre a diminué de volume, la ligne de niveau du liquide a baissé de 1 centimètre. La respiration est plus libre; il n'y a pas eu de palpitations ; la rate n'a perdu qu'un centimètre de son volume. Du 6 au 10 février, chaque jour une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine. L'œdème des jambes a disparu, l'hydropéritonie diminue sensiblement. Enfin, le 16, la ligne de niveau du liquide se trouve très-rapprochée du pubis; la rate n'a plus alors que 10 centimètres en hauteur ; mais, du 16 au 28 février, état stationnaire : on remplace alors le sulfate de quinine par des diurétiques ; chiendent, nitrate de potasse, 6 grammes par litre ;

julep, oxymel scillitique. Ces moyens sont employés sans aucun résultat jusqu'au 10 mars ; on reprend la potion avec le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes jusqu'au 15 mars, époque où l'on ne trouve plus de liquide dans le péritoine, et où la rate n'offre plus que 8 centimètres et demi en hauteur. Enfin, ce malade sort dans un état satisfaisant le 30 mars.

THÉRAPEUTIQUE. — 7. *De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques*; par le docteur E. Hervieux, ancien interne lauréat des hôpitaux.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1848, p. 73 ; t. V, mai, p. 112.)

(Archives générales de Médecine, juin 1848.)

La céphalalgie, accident si commun dans les maladies du cœur, a presque toujours aussi été victorieusement combattue par l'influence de la digitaline. Enfin, la perte du sommeil qui est la conséquence de tous les troubles fonctionnels que je viens de signaler n'a pas survécu à leur disparition, et les malades ont retrouvé, au moins en partie, avec la liberté des fonctions respiratoires, le repos qu'ils avaient perdu depuis un temps plus ou moins long. J'en pourrais dire presque autant de l'anxiété précordiale, des douleurs plus ou moins aiguës dont quelques points de la poitrine étaient le siége, et qui furent remarquablement soulagées sous l'influence du traitement par les préparations de digitaline. Je ne parle pas des accidents d'hydropisie qui vont faire l'objet d'un paragraphe particulier. Ainsi, tous les troubles fonctionnels par lesquels se manifestent extérieurement les maladies du cœur ont toujours éprouvé un amendement notable, quand ils n'ont pas complétement disparu. Il est vrai que les lésions organiques persistaient, ou du moins que les signes physiques qui nous les révèlent avaient survécu ; mais quelquefois aussi les bruits anormaux, par exemple, s'étaient avantageusement modifiés sous le rapport soit du nombre, soit de l'intensité, et peut-être est-il permis d'espérer, d'après ces faits, un peu plus que le soulagement momentané des souffrances des malades, qu'un amendement passager des accidents dont ils se plaignent à nous. Et d'ailleurs, triompher des accidents par lesquels se traduit une maladie, arrêter son action perturbatrice, n'est-ce pas suspendre pour ainsi dire cette maladie, n'est-ce pas enrayer sa marche et faire un pas vers la guérison ? Mais sans nous bercer d'espérances aussi brillantes, et en admettant que la digitaline soit seulement appelée à combattre les accidents qu'entraînent les maladies du cœur, n'est-ce pas déjà un assez beau triomphe, et ne sommes-

nous pas fondé à prédire à la digitaline un bel avenir dans la thérapeutique de ces affections?

Il ne nous paraît pas que son rôle doive être d'une moindre importance dans le traitement des hydropisies. On en jugera sans peine par un simple coup d'œil jeté sur nos observations. L'hydropisie existait, on se le rappelle, chez cinq de nos malades atteints d'affection du cœur; chez deux d'entre eux, l'infiltration séreuse n'a subi de la part de la digitaline aucune modification ; mais il faut se souvenir que ces deux malades sont précisément ceux qui ont succombé, ceux par conséquent chez lesquels les lésions valvulaires étaient trop anciennes et trop graves pour nous laisser la moindre chance de salut ; chez les trois autres, au contraire, non-seulement les progrès de l'hydropisie ont été enrayés, mais, subissant une marche rétrograde, elle a disparu avec la plupart des accidents qui avaient décidé les malades à venir réclamer nos soins. Employée dans un cas d'hydropisie essentielle de la séreuse péritonéale, la digitaline n'a pas produit de moins heureux résultats. En moins d'un mois, l'hydropisie abdominale, déjà traitée une fois par la ponction, et suivie de récidive, céda à l'influence du médicament, et quand la malade, après avoir prolongé quelque temps son séjour dans nos salles, demanda sa sortie, elle ne présentait plus littéralement trace de son ascite. Est-ce à l'action diurétique de la digitaline qu'il faut attribuer ces intéressants résultats? Nous l'ignorons ; mais son efficacité dans ces divers cas ne nous paraît pas contestable. Que nous importe, après tout, le mode suivant lequel s'accomplit la guérison, pourvu qu'elle s'accomplisse. Faisons seulement à la digitaline la part qu'elle mérite, et reconnaissons que sa place étant marquée à côté de nos diurétiques les plus puissants, elle n'a pas moins de droits à notre attention que les plus vantés d'entre ces modificateurs dans la thérapeutique des hydropisies.

Rappelons, pour terminer, quelques bons effets obtenus par l'administration de la digitaline dans deux cas de phthisie pulmonaire. Indépendamment des effets physiologiques ordinaires, savoir, l'abaissement du pouls et l'activité de la sécrétion urinaire, nous avons noté l'amendement de quelques accidents. Nos deux malades ont dit avoir éprouvé, sous l'influence de ce traitement, moins de gêne dans la respiration, moins de fréquence et d'intensité dans les céphalalgies dont ils se plaignaient, et comme conséquence de cette première amélioration, des insomnies moins longues, des quintes de toux moins pénibles, plus de bien-être et de repos. La digitaline, en modérant l'afflux du sang dans les poumons, a-t-elle le pouvoir d'alléger la tâche

dont les parties saines se trouvent surchargées, et par suite de faciliter les fonctions de l'organe ? Nous sommes porté a le croire. Le même ralentissement de la circulation nous explique la disparition des céphalalgies, la diminution dans l'intensité des quintes, le retour du sommeil. Est-ce à dire pour cela que la digitaline puisse être considérée comme un remède curatif de la phthisie pulmonaire ? une pareille proposition trouverait sa condamnation même dans note 10e observation. Non, la digitaline, pas plus que bien d'autres médicaments préconisés contre cette terrible maladie, ne saurait la guérir : mais elle peut, aussi bien et peut-être mieux qu'un certain nombre d'entre ces agents thérapeutiques, seconder les efforts tentés par le médecin pour triompher des accidents qui compromettent le plus le bien-être et le repos des malades.

Pour compléter cet exposé des avantages thérapeutiques de la digitaline, nous rapporterons quelques résultats heureux de son emploi mentionnés par MM. Homolle et Quevenne (*Annuaire de thérapeutique*, du Dr A. Bouchardat, an 1845, p. 72) :

« Administrés dans un cas d'anasarque extrêmement grave, consécutive à une couche malheureuse et compliquée de péricardite et d'hématurie, la digitaline provoqua une diurèse énorme et immédiate, accompagnée d'un abaissement considérable du pouls, qui, en quarante-huit heures, descendit de 120 pulsations à 54 par minute. La résorption de la sérosité infiltrée fut rapide et la guérison suivit l'emploi de ce moyen.

« Dans deux cas de pleurésie, l'action diurétique fut manifeste et la résorption de l'épanchement parut hâtée.

« Dans plusieurs cas de phthisie, la digitaline a diminué la fréquence du pouls et de la respiration, calmé la toux, relevé l'appétit, diminué la soif et arrêté la diarrhée.

« Dans les cas de palpitations nerveuses, l'action a été variable, mais souvent heureuse.

« Dans les affections du cœur avec lésion des valvules entraînant un trouble considérable de l'hématose et de la circulation avec pouls faible, tumultueux, inégal, irrégulier, œdème, oppression, toux, stase de sang veineux, son action a été constamment utile.

« Enfin, dans un cas de péricardite avec épanchement, elle a rendu d'évidents services en diminuant la fréquence du pouls et l'oppression, en activant la sécrétion urinaire. »

Si nous rapprochons ces faits des résultats de notre observation personnelle. on voit qu'en résumé la digitaline est d'une incontestable utilité :

1° Dans les mladies du cœur, endocardite, péricardite, lésions valvulaires, hypertrophie du cœur, etc. ;

2° Dans les hydropisies, anasarques, épanchements des séreuses pleurale, péricardique et peritonéale ;

3° Dans la phthisie, pour combattre la dyspnée, la céphalalgie, calmer la toux et rendre le repos ;

4° Enfin, dans les palpitations nerveuses et dans tous les accidents qui résulteront d'une impulsion trop violente donnée au cours du sang.

A ces avantages thérapeutiques il faut joindre des avantages pharmaceutiques, qui donnent à la digitaline sur les préparations de digitale une supériorité des plus marquées. On ne peut qu'approximativement connaître la quantité de principe actif contenu dans les préparations de digitale. Cette quantité varie avec les différentes espèces de digitale, avec le mode de préparation, avec une foule de circonstances qu'il n'est pas toujours facile de prévoir et d'apprécier, de telle sorte qu'il arrive le plus souvent au médecin ou de rester en deçà de la limite qu'il voulait atteindre, et alors il perd un temps précieux et se décourage mal à propos, ou bien de dépasser cette limite, auquel cas il peut jeter l'économie dans un état de violente perturbation, et aggraver le mal auquel il voulait remédïer. Ainsi, l'homme de l'art qui recourt aux préparations ordinaires de digitale se trouve placé entre deux écueils, dont le moindre est assurément le premier, mais qui n'en font pas moins de cette substance un remède souvent inutile et quelquefois dangereux. Ainsi, bien que les préparations de digitale soient des remèdes d'une utilité universellement reconnue, on ne peut disconvenir qu'il y a très-peu de fonds à faire sur leur action que tant de causes contribuent à rendre si éminemment variable. Mais cette action dépend de la quantité de principe actif qu'elles contiennent. En isolant ce principe actif, MM. Homolle et Quevenne ont donc rendu un véritable service à la science. Ils ont ainsi aplani toutes les difficultés, dissipé toutes les incertitudes et mis entre les mains des praticiens une arme terrible, il est vrai, mais sûre, dont ils connaissent la portée, et dont ils peuvent à leur gré restreindre ou exagérer la puissance suivant la susceptibilité des sujets, l'intensité de la maladie, etc. Parlons sans métaphore. Le principe extrait des feuilles de digitale est un et invariable ; à des doses égales, il a des propriétés égales, une énergie égale. Si les effets sont susceptibles de varier avec les sujets, c'est à la constitution de ces derniers, à leur idiosyncrasie, et non au médicament, qu'il faut s'en prendre. On conçoit sans

peine l'avantage immense qui résulte pour le médecin de l'emploi d'un remède, sur l'unité, sur l'invariabilité duquel il ne saurait avoir un doute, et dont il n'a plus à se préoccuper dans l'examen des causes qui ont pu le faire échouer chez tel ou tel malade. Une des circonstances qui plaident le plus vigoureusement en faveur de la digitaline, c'est la facilité du dosage. Tandis que le dosage ne peut avoir lieu pour les préparations de digitale qu'à une approximation extrêmement grossière, il se fait pour la digitaline avec une rigueur mathématique. De plus les préparations indiquées par MM. Homolle et Quevenne, en permettant de graduer les doses par milligrammes, donnent au praticien le moyen de tâter, pour ainsi dire, la susceptibilité des malades, et de proportionner exactement la quantité du médicament aux dispositions particulières de chacun d'eux. Cette facilité du dosage renverse l'objection qu'on pourrait adresser à la digitaline, je veux parler de son excessive activité. On ne peut plus invoquer contre cette substance les dangers que présente son administration dès l'instant qu'on a entre les mains un moyen infaillible d'éviter ces dangers. Il suffit, en effet, de commencer par la dose la plus faible, 1 milligramme, et d'ajouter 1 milligramme chaque jour à la dose déjà prescrite, jusqu'à concurrence de 6 au plus, et l'on s'arrête immédiatement en deçà de la dose qui donnerait lieu à tous les accidents qu'entraîne l'intolérance. Rappelons ici qu'avec 2 ou 3 milligrammes nous obtenions des effets suffisants, un ralentissement du pouls et une diurèse très-prononcés ; qu'à 5 ou 6 milligrammes, MM. Homolle et Quevenne d'une part, et d'autre part MM. Bouchardat et Sandras, ont noté l'apparition d'un certain nombre d'accidents. La dose la plus convenable doit donc varier de 2 à 4, quelle que soit d'ailleurs la forme sous laquelle le médicament soit administré, sirop, pilules, potion.

Indiquons, pour compléter ce travail, les formules données dans le mémoire déjà cité par MM. Homolle et Quevenne.

Granules de digitaline : Digitaline, 1 gramme ; sucre blanc, 50 grammes ; pour mille granules que l'on prépare à la manière des amis de Verdun. — Chacune de ces granules contient 1 milligramme de digitaline. Ces granules, outre l'avantage d'un dosage facile, offrent celui d'une administration agréable, d'une salubrité rapide et complète, et enfin d'une inaltérabilité parfaite.

Sirop de digitaline : Digitaline, 10 centigrammes ; sirop de sucre, 1500 grammes. — Ce sirop contient 1 milligramme de digitaline par 15 grammes de sirop. Quatre à six cuillerées par

jour, pur, ou dans un verre d'infusion appropriée. Ce sirop peut remplacer agréablement les pilules dans le cas où celles-ci inspireraient quelque répugnance au malade, dans le cas où la pilule se dissolvant trop rapidement laisserait, comme je l'ai éprouvé en expérimentant très-souvent sur moi-même, un sentiment d'amertume très-prononcé soit dans la bouche, soit au pharynx, après la déglutition.

Potion de digitaline : Digitaline, 5 milligrammes ; eau distillée de laitue, 100 grammes ; sirop de fleurs d'orange, 25 grammes. A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Des essais comparatifs ont démontré à MM. Homolle et Quevenne que 4 milligram. de digitaline répondaient, pour l'énergie d'action, à environ 40 centigram. de poudre de digitaline pourprée préparée avec le plus grand soin et prise en nature ; ce principe actif offrirait donc au médecin une énergie centuple de celle de la préparation de digitale la plus active et la plus constante dans ses effets : d'où résulte la nécessité d'un dosage sûr et facile. La préparation indiquée par ces auteurs qui paraît répondre le mieux à cette nécessité, ce sont les granules, puisque le dosage se borne, pour le pharmacien comme pour le malade, à compter le nombre de granules que l'on veut administrer. De plus, comme il n'entre absolument que du sucre comme excipient dans leur composition, on n'a point à craindre qu'ils résistent, comme cela a lieu pour certaines pilules, à l'action dissolvante de l'estomac.

Ainsi, pour nous résumer, la digitaline produit les mêmes effets physiologiques et présente les mêmes avantages thérapeutiques que les préparations de digitale, et cela d'une manière sûre et constante ; elle peut donc être employée avec succès dans tous les cas où l'on a coutume de prescrire la digitale ; elle peut, de plus, l'être avec sécurité, avantage énorme qui lui donne le pas sur celle-ci, et qui, après l'avoir fait adopter de l'élite des praticiens, MM. Bouillaud, Rayer, etc., décidera en sa faveur le choix de la majorité.

---

8. *Traitement mécanique du rhumatisme articulaire, notamment par l'appareil inamovible amidonné* ; par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Bulletin général de Thérapeutique, juin 1848.)

L'éducation médicale de nos jours a trop généralement pour effet d'inculquer aux praticiens la pensée que l'art de guérir consiste à peu près exclusivement dans l'emploi des agents de la matière médicale, c'est-à-dire des drogues ou médicaments proprement dits. Nous perdons trop de vue la signification réelle et

toute la compréhension du mot *remède*. Les anciens, à cet égard, étaient plus philosophes que nous. Sans remonter à Hippocrate, qui a formulé sur ce point les idées les plus larges et les plus rationnelles, nous nous bornerons à reproduire cette définition de Fernel : *Remedium est quod morbum depellit :* tout ce qui guérit est réputé remède. Puis il ajoute : il est trois genres de remèdes : le médicament, la chirurgie et le régime (Fernel, *Therapeutic.*, lib. I, cap. 1). Si les médecins voulaient bien se rappeler ces simples paroles, et se pénétrer du concours nécessaire, dans un cas donné, de tous ces genres de modificateurs, leur pratique y gagnerait nécessairement. La division des études médicales en médecine, chirurgie, hygiène, sciences accessoires etc., utile, sans contredit, pour la distribution de l'enseignement et l'acquisition graduée des notions scientifiques, établit, de fait, des limites qui n'existent pas dans la nature, et qui, partant, ne doivent pas exister dans la pratique. Si les chirurgiens méritent, en général, le reproche d'être trop peu médecins, il n'est pas moins vrai de dire que les médecins oublient trop les précieuses ressources qu'ils pourraient formellement emprunter à la chirurgie. Il est vrai aussi que l'exactitude qu'on s'est efforcé, dans ces derniers temps, d'inculquer aux procédés médicaux, tendrait à opérer une fusion si désirable, n'était le retour à l'empirisme, aux idées mystiques, et l'ironie, qu'il est du bon ton de déverser aujourd'hui sur ce qu'il y a de rationnel et de positif dans l'art de guérir.

Voyez, par exemple, ce qui existe pour le traitement d'un rhumatisme articulaire. En sa qualité d'affection interne, généralisée, spécifique, il ne relève guère, aux yeux de la plupart des praticiens, que de la matière médicale, tandis qu'il est flagrant que dans l'élément topique, la lésion articulaire revient pour une bonne part à la chirurgie, au moins dans les cas où la localisation survit à peu près seule à l'appareil général. Nous ne prétendons pas, certes, que cet aperçu soit nouveau, mais il n'est pas assez universellement apprécié, et c'est pour joindre notre témoignage à l'autorité des praticiens qui ont tâché de mettre ce principe en lumière que nous produirons les considérations suivantes :

Lorsque, par des moyens appropriés, vous avez combattu l'état général d'où paraît dériver l'arthrite rhumatismale, alors que la réaction fébrile a cessé, ou s'est considérablement amendée ; alors, enfin, que la lésion fixe et persistante paraît désormais réduite aux proportions d'une affection locale, la médecine semble avoir perdu de son empire, ou, du moins, la chirurgie reven-

dique une partie de l'œuvre curative. Cependant il est peu de praticiens qui soient bien pénétrés, par exemple, de l'importance de la position déclive dont M. Piorry a surtout fait ressortir les avantages (1); non plus que de celle de l'immobilité si rationnellement préconisée par MM. Bonnet, Malgaigne et autres; ils songent moins à l'efficacité de la compression dont quelques observateurs ont également exposé les résultats salutaires. Or, c'est à l'apologie de ces trois procédés, isolés ou combinés, que cette note est consacrée.

1° *Position déclive.* — Il serait superflu d'insister sur les avantages de cette position, elle est de rigueur dans tous les cas où existe une congestion, soit inflammatoire, soit simplement congestionnelle, soit séreuse, et tous les praticiens un peu soigneux en ont fait ressortir la nécessité, l'efficacité réelle, même comme moyen principal, dans une foule de cas où cette position est négligée ou considérée simplement comme moyen accessoire. Quant à l'arthrite rhumatismale en particulier, il est facile de se convaincre immédiatement de l'utilité de la position déclive en appliquant celle-ci à une articulation affectée, comparativement à d'autres articulations également prises chez le même sujet; c'est une épreuve que cent fois nous avons faite. Pas n'est besoin de dire que ce procédé consiste à placer la partie affectée sur un plan plus élevé que les autres parties du membre. Si, par exemple, il s'agit du pied, celui-ci reposera sur des coussins en plan incliné descendant du talon à l'ischion. S'il s'agit du genou, on emploiera le même appareil, au lieu de se borner, comme on le fait généralement, à soutenir fléchie et dirigée en haut l'articulation fémoro-tibiale; car, dans cette position, l'élévation du genou n'est qu'apparente, la portion tibiale étant alors disposée de manière que les fluides sont obligés de remonter contre leur propre poids. Pour l'articulation de la hanche, le malade sera tenu, autant que possible, incliné sur le côté sain, un coussin étant placé entre les genoux pour élever la cuisse du côté malade. Pour la main et le poignet, on placera le membre sur un coussin plus épais vers la main, de manière à ce qu'elle se trouve plus élevée que le coude; pour celui-ci, le coussin sera prolongé jusque vers l'aisselle, de manière à ce que l'épaule soit plus basse; pour l'épaule, le coussin sera placé sous l'omoplate, etc. Nous pouvons nous abstenir de produire des exemples de l'efficacité de la position déclive, cela tombe sous le sens; il nous suffira d'en

(1) Voyez, sur la pesanteur dans les traitements des maladies, un intéressant travail de M. Gerdy, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 15 juin 1847.

avoir rappelé l'importance, en ajoutant que cette importance est telle que, sans une position convenable, les remèdes les plus efficaces pourraient échouer, ou du moins perdre beaucoup de leur puissance.

2° *Immobilité.* — Ce second précepte est, en quelque sorte, une conséquence du premier, car placer les parties dans une position déclive, c'est implicitement leur imposer l'immobilité dans cette situation. Néanmoins, l'immobilité a des avantages qui lui sont propres, puis des procédés d'application qui lui sont particuliers, ce qui lui mérite bien la faveur d'être étudiée à part. En effet, si la position déclive obvie à un inconvénient déterminé, la stase des liquides, l'immobilité corrige un autre élément non moins grave, la douleur parfois si vive, qui résulte du moindre mouvement imprimé à l'articulation malade. Or, il existe, entre l'inflammation et la douleur, une fatale réciprocité qui fait que l'une s'aggrave par l'autre, et que, supprimer la douleur, c'est déjà beaucoup faire pour guérir l'inflammation. Telle est, selon nous, la cause essentielle des bienfaits de l'immobilité.

Les moyens que nous avons indiqués pour établir la déclivité sont insuffisants pour assurer l'immobilité. La volonté du malade ne suffit pas toujours pour prévenir les déplacements douloureux, et ne fût-ce que pour s'opposer aux mouvements automatiques qui se produisent dans le sommeil, qu'il conviendrait de maintenir l'immobilité par des moyens efficaces. Parfois il suffira de comprendre dans quelques liens les coussins formant le plan incliné et les membres superposés. Le plus souvent il sera nécessaire d'employer des appareils analogues à ceux usités par les chirurgiens pour le maintien des fractures. M. Bonnet, de Lyon, dans son Traité des maladies des articulations, et dans quelques articles de journaux, a parfaitement développé cette thèse ; aussi nous bornerons-nous à produire une *observation* recueillie par notre chef de clinique, M. le docteur Gros, et consignée dans sa dissertation inaugurale. (*Essai sur le rhumatisme articulaire*; Strasbourg, 1848).

Rhumatisme articulaire aigu très-grave. Endocardite. Appareil à fracture. Guérison prompte. — Un enfant de onze ans, chétif, pâle, maigre, entre à la Clinique le 1er juin 1847, pour des douleurs vives qu'il ressent dans les deux genoux. Il y a un mois, il fit une maladie grave pour laquelle il fut saigné trois fois en ville. D'après les renseignements un peu confus qu'il nous donne, nous supposons que cette affection fut une pneumonie. C'est pendant la convalescence que survint l'affection articulaire, il y a huit jours. Elle débuta d'emblée par les genoux.

État actuel. — Pâleur, maigreur, thorax décharné, en carène, respiration normale. Palpitations, matité précordiale étendue, premier bruit du cœur changé en un bruit de souffle obscur, sans frémissement cataire ; souffle carotidien, pouls serré à 120.

Genou droit douloureux, légèrement rouge et tuméfié ; genou gauche très-volumineux, rouge ; le moindre attouchement, le plus léger mouvement provoquent des douleurs vives. La jambe est fortement fléchie sur la cuisse, et le malade refuse obstinément de la laisser redresser. On prescrit : 12 *sangsues au genou gauche* ; *potion avec teint. vineuse de semence de colchique* 2 *grammes dans eau* 100 *grammes* ; *sirop simple*, 20 *grammes* ; *chiendent avec nitre* 4,00 *pour tisane.*

Le 3 juin même état ; l'articulation, très-douloureuse, se fléchit davantage. Je me décide à faire placer le membre pelvien gauche dans une gouttière en bois, partant du haut de la cuisse et dépassant le talon et garnie d'une couche épaisse de coton. Le redressement du membre, opéré avec ménagement, fut long et douloureux ; il fallut contenir le malade, qui poussait des cris affreux. On exerça des tractions lentes et continues sur le talon ; une fois le redressement obtenu, on plaça le membre dans la gouttière, et on l'y fixa par deux liens, l'un au milieu de la cuisse, l'autre au milieu de la jambe. En peu d'instants les douleurs se calmèrent. (*Même traitement, liniment opiacé sur le genou.*) Les jours suivants le genou resta douloureux au toucher. (*Cataplasmes laudanisés.*)

Le 9, cinq jours après l'application de la gouttière, la rougeur et la douleur étaient bien diminuées, le gonflement résultait surtout d'un épanchement de sérosité dans la capsule synoviale ; la rotule était soulevée par le liquide qui faisait saillie sur ses côtés. Les douleurs et le gonflement se dissipèrent graduellement.

Le 25, le genou gauche est revenu à l'état normal ; on enlève la gouttière, et le malade est invité à faire des mouvements de flexion qui rendent à l'articulation sa mobilité première.

Le 1er juillet, il se lève et marche sans douleur.

L'arthrite légère du genou droit s'était dissipée sans moyens particuliers.

Cependant les accidents persistaient du côté du cœur. La digitale, puis les analeptiques furent employés avec succès, et le malade sortit guéri de sa double affection articulaire et cardiaque.

Les avantages de l'immobilité se sont révélés ici d'une manière manifeste. L'état de l'articulation, chez ce sujet débile, était si grave, que nous redoutions des accidents mortels ou des

lésions incurables. L'application de la gouttière apporta un soulagement immédiat et fut le point de départ de la rémission des symptômes. La guérison fut complète au bout de vingt-deux jours. L'appareil mis en usage n'est autre chose que la gouttière usitée dans les cas de fracture de la rotule, moins les courroies, remplacées ici par des liens plus doux, placés sur la jambe et sur la cuisse.

L'immobilité de l'articulation placée dans une position convenable ne se borne pas à favoriser la guérison et à produire un grand soulagement pour le malade ; elle obvie encore aux graves inconvénients d'une consolidation effectuée dans une position vicieuse, alors que l'ankylose doit s'ensuivre. Il y a, en effet, un immense avantage à obtenir la soudure du genou dans la position rectiligne du membre. Or, on sait que, dans presque toutes les affections articulaires abandonnées à elles-mêmes, la consolidation s'opère dans la position demi-fléchie, ce qui conduit les malades à une impotence déplorable , et les porte même quelquefois à solliciter l'amputation de la jambe. Il existe actuellement dans mes salles une vieille femme, affectée de rhumatisme goutteux, généralisé, très-chronique. Les deux genoux sont à demi ankylosés dans la demi-flexion, ce qui met la malade dans l'impossibilité de se lever de son lit. Si cette femme était moins vieille, je ne balancerais pas, malgré les atroces douleurs que cette manœuvre occasionne, à étendre forcément les membres inférieurs pour les placer dans des gouttières; mais le peu de temps qui lui reste à vivre ne vaut pas la peine de risquer cette violente opération.

Ceci nous rappelle un des inconvénients réels de l'immobilité prolongée, à savoir, la formation possible d'une ankylose. On évitera cet inconvénient dans les rhumatismes en voie de résolution, si l'on exerce à temps des mouvements de flexion et d'extension dans l'articulation malade. Cette manœuvre préventive doit être essayée alors que l'articulation a cessé d'être spontanément douloureuse, et que les mouvements imprimés ne provoquent eux-mêmes que peu de douleur. Il y a là un problème d'opportunité que le tact et la sagacité du praticien peuvent seuls résoudre.

Il est bien entendu que l'immobilité sera combinée avec la position déclive dont l'application est facilitée par l'appareil lui-même.

On omet trop souvent, dans le traitement du rhumatisme, une précaution cependant bien importante, c'est de préserver les parties malades du poids des couvertures, au moyen d'un *archet* ou *cerceau*. On ne saurait croire combien la douleur continue et

la position vicieuse imprimées aux articulations malades par ce défaut de précaution prolongent et aggravent la maladie.

Les appareils à immobilité appliqués au rhumatisme aigu doivent nécessairement être installés de manière à ce que les articulations malades restent à découvert, afin qu'on puisse y appliquer les remèdes, les topiques convenables. Mais lorsque le rhumatisme est chronique, lorsqu'on peut ou qu'on veut s'abstenir d'applications médicamenteuses, on peut à la déclivité et à l'immobilité joindre la compression.

3° *Compression.* — Cet autre procédé, complément non obligé des premiers, agit à peu près dans le même sens que ceux-ci ; car la compression s'oppose à la stase des liquides aussi bien que la déclivité, et mieux que celle-ci, puisqu'elle les refoule activement ; et comme l'immobilité, la compression obvie à la douleur, car elle implique le plus souvent l'immobilité même de l'articulation. Les moyens compressifs varient beaucoup, depuis le simple bandage roulé jusqu'aux appareils les plus compliqués. Plus de détails sur ce point seraient superflus. Jusqu'ici nous nous sommes tenu dans les limites des errements classiques ; nous allons actuellement aborder un point de la thérapeutique du rhumatisme, qui constitue peut-être une nouveauté et certainement, dans notre opinion, un progrès : c'est l'emploi, comme moyen simultané de contention et de compression, du bandage inamovible amidonné, dont les chirurgiens font une application si heureuse au traitement des fractures.

4° *Bandage inamovible amidonné.* — Des considérations précédentes et qui ont cours dans la pratique, à l'application de l'appareil inamovible au traitement du rhumatisme articulaire, l'induction est si simple et si naturelle, qu'il y a lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas généralement frappé l'esprit des praticiens. Cela tient sans doute, comme je le disais en commençant, à ce que les médecins ont trop peu l'habitude d'allier les idées chirurgicales à leurs procédés ordinaires. J'osais à peine croire que l'application de ce procédé fût nouvelle, lorsqu'il me vint à l'idée de l'appliquer dans le cas qui va suivre. J'ai appris depuis que M. Bonnet, de Lyon, avait fait mention de cette méthode dans son *Traité des maladies articulaires*, mais pour la blâmer *à priori*. Son application reste donc comme fait nouveau, sinon comme idée nouvelle. L'observation suivante, rédigée par M. Gros, fait aussi partie de sa thèse.

Rhumatisme articulaire aigu général actuellement localisé au poignet. Impuissance de plusieurs moyens. Appareil inamovible amidonné. Résolution prompte. — Une femme de trente-trois ans,

de belle constitution, taille moyenne, cheveux noirs, teint basané, carnation développée, entre à la Clinique le 3 mai 1847. Elle dit avoir été prise, il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme qui s'est promené sur toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs. En dernier lieu, il s'est fixé au bras droit, et plus spécialement à l'articulation du poignet. Depuis deux jours, le gonflement occupe à la fois l'avant-bras et la main tout entière. Les douleurs sont intolérables, les ventouses scarifiées et les cataplasmes n'ont procuré aucun soulagement. Le 4 mai, l'avant-bras et la main sont tuméfiés comme par un phlegmon œdémateux. Ces parties sont très-douloureuses à la pression et aux moindres mouvements. Un peu de fluctuation se perçoit dans l'articulation radio-carpienne du côté droit. Point de fièvre, rien de particulier dans les autres organes. (*Vingt sangsues à l'avant-bras, limon. tartar., 3 soupes.*)

Les jours suivants, nouvelles applications de sangsues, bains locaux, opium, frictions d'huile laudanisée, onctions mercurielles, nitre à haute dose. Le 8, il existe un peu d'amendement.

Nous essayons du cataplasme préconisé par MM. Bonnet et Trousseau, avec la farine de lin délayée dans l'alcool camphré. Après neuf jours de son emploi, l'état reste le même : avant-bras et main très-tuméfiés, articulation fluctuante, mouvement très-douloureux.

Le 18, nous nous décidons à placer l'avant-bras et la main dans un appareil inamovible, composé de bandelettes de papier gris enduites d'amidon, appliquées par couches superposées depuis le bout des doigts, compris en masse, jusqu'au voisinage du coude. Le bandage est maintenu jusqu'à dessiccation, sur une palette de bois, au moyen d'une bande roulée. Les mouvements, incessamment imprimés au membre pendant l'application de l'appareil, occasionnent de très-vives douleurs. (*Chiendent avec nitrate de potasse*, 20,00 ; *opium*, 0,05.)

Le lendemain, la malade accusa un bien-être notable ; elle est surtout heureuse de pouvoir mouvoir son bras.

Le 22, le bandage étant sec et très-solide, la palette est enlevée ; la malade peut se lever portant son bras en écharpe.

Le 26, huit jours après l'application, l'appareil est devenu trop lâche par suite de la diminution du gonflement. On enlève l'appareil en le fendant avec des ciseaux. La peau reste un peu rosée, la douleur est confinée dans l'articulation radio-carpienne. (*On applique un nouveau bandage amidonné.*)

Le 8 juin, la résolution est à peu près complète ; on enlève définitivement l'appareil après vingt jours d'application. Il reste un

peu d'empâtement au niveau de l'articulation dont les mouvements sont gênés, mais non douloureux. La malade veut quitter l'hôpital. On lui recommande d'exercer les articulations malades et d'user de bains résolutifs (*savonneux.*)

M. Gros a revu plusieurs fois la malade, et a pu constater l'entière guérison. Il fait suivre ce fait des réflexions suivantes : « Ce fait est certainement très-concluant, et nous ne pouvons qu'engager les praticiens à suivre l'exemple que leur donne M. le professeur Forget. Voilà un rhumatisme qui a résisté aux émissions sanguines, etc., et qui se résout, sans aucune suite fâcheuse, par l'usage d'un bandage inamovible pendant vingt jours. Ce bandage est très-facile à établir, très-peu dispendieux, et son emploi est, je crois, appelé à rendre de grands services. »

L'indication du bandage inamovible de l'arthrite n'a pas échappé à M. Bonnet, ai-je dit ; mais loin d'en conseiller l'emploi, il ne croit pas qu'il puisse jamais être appliqué avec avantage, et lui préfère de beaucoup les gouttières métalliques. On vient de voir, par l'exemple précédent, que ces présomptions défavorables sont trop absolues. Je me permettai d'y opposer les considérations suivantes :

1° De tous les appareils contentifs, le bandage amidonné est le plus simple, le plus léger, le plus efficace, c'est-à-dire le plus exact et le plus solide lorsqu'il est bien construit. Il est aussi le plus économique et le plus facile à se procurer.

2° A la contention il joint les avantages d'une compression douce, égale, inflexible et pourtant non douloureuse, parce qu'elle est moulée sur les parties.

3° Cet appareil a l'avantage de soustraire les parties au contact de l'air, et de les maintenir dans une température égale, conditions de quelque importance dans le traitement des phlegmasies aussi bien que dans celui des plaies en général.

4° Le bandage inamovible ne peut guère occasionner d'accident *latent*, dont l'observateur attentif ne soit averti par l'aspect des parties avoisinantes, par les sensations du malade, etc. A cet égard même, le rhumatisme articulaire chronique est moins susceptible que les plaies et les ulcères que l'on traite journellement par des appareils inamovibles à bandelettes agglutinatives ou autres.

5° Lorsque le gonflement diminue, ce qui arrive bientôt et prouve l'efficacité du moyen, on peut ou renouveler le bandage, ou le fendre et le conserver en guise de gouttière ou de moule flexible qu'on serre par un bandage roulé.

6° Mieux que tout autre appareil, celui-ci permet au malade

de se lever, d'agir sans douleur, ce qui est pour eux un bienfait inappréciable.

7° Il est bien entendu que son emploi sera restreint aux cas où l'on ne juge pas à propos d'agir localement ; à ceux où l'appareil est physiquement applicable, à savoir, aux arthrites isolées chroniques des membres inférieurs et supérieurs. Or, on sait combien ces rhumatismes fixes sont rebelles aux traitements les plus actifs.

Bref, nous y voyons tant d'avantages et si peu d'inconvénients, que nous ne craignons pas d'offrir le bandage inamovible amidonné, appliqué avec discernement, comme un des emprunts les plus heureux que la médecine puisse offrir à la chirurgie.

---

9. *Recherches sur l'emploi médical du colchique d'automne et de la vératrine*; par M. S. Dieu, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1848.)

L'emploi médical du colchique ne date réellement que de 1763, époque où Storck publia sur cette plante un Traité dans lequel il fit connaître le résultat des expériences qu'il fit sur lui-même et sur les animaux, et où l'on peut lire plusieurs histoires surprenantes de guérison d'hydropisies et de catarrhes pulmonaires chroniques. Storck administrait surtout le colchique sous la forme d'oxymel.

La plupart des contemporains de Storck imitèrent sa pratique, et bientôt le colchique figura au nombre des remèdes, à l'aide desquels on put le mieux conjurer les hydropisies. Storck le considérait comme un puissant succédané de la scille, et il lui prêtait, comme à celle-ci, une vertu diurétique. Cullen l'a beaucoup vanté aussi contre les hydropisies phlogistiques ; mais il ne paraît pas croire que celles-ci guérissent parce que le médicament augmente les évacuations et la sécrétion urinaire, mais bien en raison d'une vertu particulière ; car, dit-il, il n'est point nécessaire que le colchique produise des évacuations pour guérir l'hydropisie.

L'emploi du colchique était limité à ces affections, lorsqu'en 1814 des médecins anglais, émerveillés des succès de *l'Eau médicinale d'Hudson* contre la goutte et le rhumatisme, examinèrent cette eau et crurent y reconnaître, les uns du colchique, les autres de l'hellébore : chose remarquable, puisque, comme le fait observer M. le docteur Kuhn, le remède d'Hudson doit toutes ses vertus à la vératrine qu'il contient, principe actif, comme l'on sait, de l'hellébore blanc et du colchique. A dater de

cette époque, le colchique a été regardé presque comme spécifique dans le traitement de la goutte, dont l'incurabilité est proverbiale.

Les Anglais substituèrent la teinture et le vin de colchique à l'oxymel colchicique, et J. Watt fut le premier qui publia des observations relatives à des succès obtenus dans le traitement de la goutte et du rhumatisme, à l'aide de la teinture de colchique, qui guérit sans procurer d'évacuations. Plus tard, sir Everard-Home préconisa le vin, et il en prit lui-même pendant dix-sept mois; il fit des expériences sur les animaux, et il l'employa avec tant de succès dans la goutte, qu'il n'hésita pas à le regarder comme un spécifique. Il administrait le remède à tous les sujets et à haute dose, en procédant graduellement, et en commençant par 60 à 70 gouttes, sans craindre de suites fâcheuses, à la condition de priver ce vin par la filtration d'un sédiment qui se dépose au bout de quelque temps de sa préparation, lequel est si violent, dit-il, qu'une petite quantité enflamme et ulcère les membranes de l'estomac. Il agit, suivant cet auteur, en diminuant la fréquence du pouls ; le seul inconvénient qu'il ait, c'est de produire des nausées.

En 1820, le docteur Williams eut l'idée d'employer les graines au lieu des bulbes. Dans l'ouvrage qu'il composa avec Haden, il rapporte qu'il traita avec succès, par le vin de semences de colchique, 35 individus atteints de rhumatismes graves, aigus ou chroniques. Chez tous, l'effet fut prompt et souvent merveilleux, et, chez aucun d'eux, le médicament ne détermina de symptômes d'irritation de l'estomac et des intestins.

MM. Copland, Th. Bushell ont préféré les fleurs qu'ils ont employées dans du vinaigre et en teinture.

Sir Henry Halford, président de l'Université de Londres, qui a eu l'occasion de traiter un si grand nombre de goutteux, regarde le vin et l'extrait acétique de colchique comme un véritable spécifique. Il administre le remède de la manière suivante: 35 à 45 gouttes de vin de colchique sont prises le soir dans une mixture appropriée; le matin, on répète la mixture avec seulement 25 gouttes de vin, une demi-drachme de sirop de pavot et une drachme de sel d'Epsom; on continue ainsi pendant plusieurs jours, et alors on administre une pilule composée de 15 centigrammes d'extrait acétique de colchique, 5 centigrammes de poudre de Dower, et autant d'extrait de coloquinte.

Suivant Th. Layrock, la teinture de colchique, employée en

frictions, guérit les douleurs rhumatismales et goutteuses 9 fois sur 10.

En 1834, M. Leach, alors interne à l'hôpital de Westminster, a publié, d'après la clinique de M. Roë, des observations fort intéressantes sur l'emploi du colchique et du quinquina dans le traitement du rhumatisme. Suivant lui, le colchique agit sur le système capillaire, les reins et les intestins ; il agit en déchargeant le système capillaire, sans déprimer trop fortement les forces générales. Il convient surtout lorsque la constitution est forte et vigoureuse, la peau chaude et sèche, le pouls fort et plein, les intestins resserrés, et les autres fonctions partiellement suspendues.

Bientôt ces essais, propagés par la publicité, furent répétés en Allemagne, en Suisse, en Italie, en France, avec un succès, sinon toujours égal, du moins assez remarquable pour faire considérer le colchique comme un agent thérapeutique actif et précieux dans le traitement des affections goutteuses et rhumatismales. Consbruck combattit avec avantage les accès de goutte par la teinture de bulbe. H. Bart n'a pas trouvé un seul cas d'arthritis qui n'ait cédé à son vin de racine de colchique. Le docteur Krichow préfère les semences aux bulbes; il rapporte plusieurs observations concluantes. Le professeur Chelius a employé avec beaucoup de succès le vin préparé avec les semences dans la goutte, le rhumatisme, diverses névralgies, l'ophthalmie rhumatismale, l'hydropisie articulaire. Le professeur Albers a trouvé très-efficace une infusion de semences de colchique dans l'ascite qui se développe lentement, sous l'influence d'une cause rhumatismale, et d'accidents gastriques accompagnés de douleurs fugaces dans les parois abdominales et dans les membres, sans fièvre. L'infusion doit être donnée à une dose telle qu'elle augmente les urines, les sueurs et les selles, ce qui n'arrive que lorsque l'on provoque des nausées, des vomissements et le ralentissement du pouls. L'infusion se fait avec 2 à 4 grammes de semences pour 190 grammes d'eau. On en administre une cuillerée à bouche toutes les heures, jusqu'à la production des phénomènes mentionnés. Chelicy, Lobstein, Creutz, Deetz, Locher-Balber, en Suisse, Campagnano et Marchesani à Naples, Mojon à Gênes, etc., etc., rapportèrent un grand nombre de faits qui viennent tous témoigner de la même efficacité. M. le docteur Salvatore, de Renzi, a combattu avec de grands avantages le rhumatisme nerveux qui succède quelquefois au rhumatisme aigu, à l'aide de l'oxymel de colchique.

En France, MM. Mérat et Delens furent des premiers à

appeler l'attention des praticiens sur les essais publiés en Angleterre, en rassemblant les matériaux propres à fixer l'opinion des hommes de l'art. En 1831, M. A. Chevallier publia de judicieuses observations sur l'emploi du colchique dans le traitement de la goutte, et fit connaître plusieurs formules que nous indiquerons plus loin. M. Chailly, membre de la Société de médecine de Paris, lut, en présence de cette Société, une notice sur les grands avantages qu'il retirait de l'emploi du colchique dans le traitement du rhumatisme aigu et chronique et de la goutte. M. A. Boyer, dans une Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, rapporta plusieurs cas de guérison de rhumatisme aigu et chronique à l'aide de la teinture de semences de colchique. Biett et M. Cazenave ont aussi employé la teinture de semences de colchique à doses peu élevées ; les effets en ont été très-incertains.

Tous ces faits prouvent donc d'une manière péremptoire que le colchique est un agent thérapeutique actif, dont la pratique tirera un fort bon parti, lorsque ce médicament aura été étudié à son véritable point de vue. En France, il n'a pas encore définitivement conquis la place qui lui appartient; car les uns le regardent comme un moyen très-efficace, les autres comme un médicament inutile; ceux-ci comme un agent sans danger, ceux-là comme un remède dont les effets sont à craindre. Cette divergence d'opinions se conçoit, lorsque l'on réfléchit que chaque dispensaire a en quelque sorte ses formules, que les préparations colchiciques sont abandonnées à la discrétion des pharmaciens, que le colchique agit plus ou moins suivant que l'on a choisi telle ou telle de ses parties, ou que la récolte en a été opérée dans telle ou telle saison. Il ne faut donc pas accuser légèrement le médicament d'inconstance; il est plus rationnel de s'en prendre à ces circonstances encore mal appréciées, mais qui peuvent avoir une grande influence sur l'intensité de son action. Quoi qu'il en soit, on peut admettre, avec M. A. Cazenave, que le colchique est très-utile dans la goutte, et plus encore dans le rhumatisme ; qu'il offre d'autant plus de chances de succès que le rhumatisme est moins ancien, moins fixe, que la douleur domine, que celle-ci est plus vive ; que les effets en sont ordinairement très-prompts ; qu'il convient tout aussi bien dans l'état aigu que dans l'état chronique, et que souvent il réussit à merveille pour détruire les accès aigus qui surviennent dans le cours d'une goutte ou d'un rhumatisme chronique. J'ajoute que ce n'est ni en raison d'une vertu spécifique, ni en raison d'une propriété chimique à laquelle on puisse attribuer l'augmentation de l'acide urique qui se remarque quelquefois dans les urines, que le col-

chique guérit la goutte et le rhumatisme, mais bien en s'attaquant directement à la condition pathologique de ces affections. Il guérit ces maladies, de nature essentiellement phlogistique, comme il guérit l'hydropisie, en vertu de l'action hyposthénisante ou antiphlogistique que les Anglais lui ont les premiers reconnue, et dont il est doué à un haut degré.

Dès que les médecins anglais, guidés par l'observation, furent fixés sur le mode d'action du colchique, ils l'employèrent dans d'autres maladies que celles que nous avons citées. Haden père et fils ont prescrit le colchique dans les inflammations les plus aiguës, qu'ils ont ainsi combattues tout aussi efficacement que par la saignée; de même que Williams, ils l'ont proclamé le meilleur remplaçant de la saignée. Wallis, Hasting, Abercrombie, Armstrong, Robert Lewins, l'ont également employé avec succès dans les affections le plus manifestement inflammatoires. Ce dernier est convaincu que l'on devrait le préférer à la saignée dans toutes les affections inflammatoires de la poitrine, et peut-être de l'encéphale. Locher-Balber dit avoir guéri deux ophthalmies par le colchique.

Le colchique paraît aussi avoir quelque efficacité dans certaines affections nerveuses. Trente gouttes de teinture de colchique, données toutes les huit heures, ont guéri des accès d'hystérie chez une jeune fille. Trois enfants ont été délivrés de la chorée, en trois ou quatre jours, avec dix à vingt gouttes de teinture de colchique. Le docteur Elliotson a fait cesser en trois semaines un prurigo, chez un homme de 70 ans, en lui donnant 2 grammes de vin de colchique trois fois par jour.

Bullock a trouvé ce médicament très-utile dans l'érysipèle ; il rapporte cinq cas de cette affection guéris avec la poudre de bulbe de colchique.

Guilbert a eu à s'en louer dans le traitement de l'anasarque ; il en a employé la teinture sous forme de liniment, en frictions, matin et soir ; voici sa formule : teinture de colchique, de scille, de digitale, de chacune 20 grammes ; huile camphrée, 50 gram.

Le docteur Goss a guéri trois névralgies rebelles à l'aide du vin de semences de colchique. Chrisholen l'a prescrit avec succès comme moyen expulsif du tænia.

Enfin, pour en finir, car nous pourrions citer encore beaucoup d'auteurs qui ont employé le colchique dans une foule d'autres maladies hypersthéniques, soit aiguës, soit chroniques, nous ajouterons que M. Ritton a employé la poudre de colchique, *avec un succès presque invariable*, dans la leucorrhée, cette affection si rebelle, contre laquelle le médecin a besoin d'avoir une

foule de ressources. Le docteur Ritton a employé ce médicament sous la forme pilulaire ; en voici la formule :

Poudre de colchique. . . . . 15 centigrammes.
Savon médicinal. 10
Pour une pilule ; il la répète trois fois par jour.

Nous craindrions de rester incomplet, si nous omettions de parler de l'emploi que l'on a fait dans ces derniers temps du colchique, comme succédané de l'ergot. En 1838, M. Clutterburck a pensé que la poudre de racine de colchique pourrait être utile dans l'inertie de la matrice, dépendant d'une irritation excessive de son parenchyme et de ses ligaments. Il a donc prescrit, chez quatre femmes en couches dont les douleurs étaient arrêtées, 4 décigrammes de cette poudre à chacune ; vingt minutes après, le remède n'avait encore rien produit ; il a répété la dose, et en peu d'instants la matrice s'est contractée avec autant de force que si l'on eût administré l'ergot. En 1843, M. Metta, guidé par les idées théoriques de Clutterburck, et pénétré de la solidité des théories de l'école italienne sur l'action de l'ergot dans l'inertie de l'utérus, a également employé le colchique avec succès pour favoriser l'extraction du placenta qui séjournait dans la matrice, chez une femme qui avait avorté dans le cours d'une fièvre bilieuse.

Doses et modes d'administration. — Comme la bulbe de colchique a des propriétés qui varient suivant l'époque de la récolte, pour l'avoir, autant que possible, dans son plus grand état d'activité, nous posons en principe qu'il faut la récolter vers la fin de juillet, à l'époque où les vieilles feuilles tombent, et lorsque les jeunes bourgeons commencent à pousser. La bulbe bien desséchée doit être conservée dans des vases bien clos, d'une capacité moyenne. La graine de colchique, qui paraît être douée d'une action plus sûre, devrait être définitivement et absolument préférée à la bulbe ; car il est plus facile de l'avoir toujours identique en la récoltant lorsqu'elle est mûre, c'est-à-dire au mois d'août. On en constate aisément la maturité par le changement de couleur : elle noircit en mûrissant. On la conserve entière dans un endroit sec.

On prépare et l'on conserve dans les pharmacies un vinaigre de colchique, qui sert ensuite à faire l'oxymel, qui est la préparation la plus agréable et la plus commode. On coupe en petits fragments 60 grammes de bulbes, que l'on met en macération pendant trois jours avec 500 grammes de bon vinaigre d'Orléans, on passe avec une légère expression, et l'on filtre.

Une partie de ce vinaigre et deux de miel constituent l'oxymel

colchicique, auquel on donne, par une évaporation convenable, la consistance siropeuse. Cette préparation s'administre dans les vingt-quatre heures, depuis la dose de 4 grammes jusqu'à celle de 30 grammes et plus. Comme la saveur en est désagréable, on la donne délayée dans de l'eau ou dans une décoction de chiendent.

On peut encore prescrire la bulbe de colchique sous la forme de poudre, que l'on associe à du sucre blanc en poudre dans les proportions suivantes : 2 décigrammes de colchique pour 4 grammes de sucre ; mêlez et divisez en huit paquets, dont on fait prendre un toutes les deux heures.

Nous avons donné, dans le cours de cet article, une formule de pilule.

On emploie également le vin et la teinture de colchique. Lignum donna à une dame, pendant deux jours, 8 grammes de teinture de colchique, en trois doses, le quatrième jour d'un accès de goutte, dont elle fut guérie presque aussitôt, sans aucun autre effet qu'une garde-robe. Ev. Home affirme qu'on peut donner, sans craindre aucun dérangement, le vin de colchique à haute dose, en l'augmentant par degrés et en commençant par 60 à 70 gouttes. D'autre part, un grand nombre de praticiens, entre autres Haden, Hasting, Abercrombie, ont remarqué que ces préparations n'ont qu'une action incertaine. D'abord, les formules en varient trop, et ensuite le véhicule en est doué d'une action contraire à celle du médicament : c'est probablement la cause principale qui l'a fait échouer entre les mains d'un grand nombre de praticiens, soit parce que ces préparations étaient employées avec trop de timidité, soit parce que la quantité de colchique était insuffisante, ou parce que le vin était préparé depuis trop longtemps, ou la teinture faite avec de l'alcool trop concentré.

Nous pensons que, dans toutes ces préparations, on devrait substituer la semence à la bulbe dans les mêmes proportions, dût-on les employer au début à plus faibles doses. On aurait ainsi des médicaments toujours identiques, sous le double point de vue de la préparation et de l'intensité d'action.

La *vératrine* a été trouvée par Pelletier et Caventou dans la bulbe de colchique, et M. Magendie a proposé de la substituer aux préparations de colchique comme plus certaine dans son action, plus commode et plus puissante à la fois. Il dit en avoir retiré de bons effets chez quelques vieillards, dont les gros intestins contenaient une quantité considérable de matières fécales très-dures. Il propose de l'administrer en pilules, ou bien dis-

soute dans l'alcool, ou enfin à l'état de sulfate et de pommade.

D'après les expériences cliniques du docteur Bardsley, la vératrine produit des effets tout à fait analogues à ceux du colchique, savoir : faiblesse dans le pouls, diarrhée et vomissements. Elle a réussi tout aussi bien que ce dernier dans les cas de rhumatisme, d'anasarque et de goutte. Il a soumis 24 malades goutteux ou rhumatisants au traitement par la vératrine, et 24 autres au traitement par le colchique : les résultats ont été les mêmes. La dose de vératrine est de 1 centigramme toutes les quatre heures pour commencer ; on peut ensuite pousser la dose jusqu'à 3 centigrammes. Dans un cas d'hydropisie, M. Bardsley en a donné 5 centigrammes, deux fois par jour.

La vératrine, employée sous la forme de pommade, a réussi un très-grand nombre de fois à guérir des hydropisies, des douleurs rhumatismales et névralgiques. Le docteur A. F. Turnbull a fait faire des frictions sur le ventre avec cette pommade dans des cas désespérés d'hydropisie, et il est ainsi parvenu à rendre à la santé des malades qui paraissaient voués à une mort certaine. Suivant cet auteur, une ou deux frictions suffisent ordinairement pour dissiper la douleur de la névralgie et du rhumatisme ; et, lorsqu'elles reparaissent, on peut encore les dissiper avec la même facilité. Il a employé le même médicament avec beaucoup de succès dans différentes maladies du cœur et du système circulatoire ; mais, dans ces cas, la dose de vératrine doit être portée à 8 décigrammes pour 30 grammes d'axonge. Plus tard, l'auteur que nous venons de citer, ayant remarqué que le gonflement considérble qui accompagne ordinairement la goutte, et souvent le rhumatisme chronique, disparaissait en même temps que les douleurs sous l'influence de la pommade de vératrine, eut l'idée de l'appliquer au traitement des engorgements lymphatiques des glandes. Il dit que la vératrine lui a été très-utile dans le traitement des tumeurs indolentes de la mamelle et des ganglions scrofuleux de différentes régions, dans des cas même où les préparations iodées avaient échoué. Cette préparation offre le double avantage de calmer les douleurs si la tumeur en est le siége, et d'en déterminer la guérison en combattant la phlogose sourde sous l'influence de laquelle elle s'est développée. Il emploie, dans ces derniers cas, la formule suivante : vératrine, 5 décigrammes ; axonge, 4 grammes.

M. Ebers, de Breslau, a employé cette pommade avec un succès bien remarquable dans divers cas de prosopalgie, cette névralgie si rebelle ; dans la chorée, l'hypochondrie, les douleurs rhumatismales, etc. La pommade qu'il a employée contenait

15 grammes d'axonge et 25 centigrammes de vératrine. Il en a aussi fait usage par la méthode endermique. Plusieurs praticiens ont publié depuis des observations remarquables de névralgies rebelles qui ont cédé à l'emploi prolongé pendant un temps plus ou moins long de la pommade de vératrine. M. G. Desgranges. M. Florent-Cunier, M. le docteur Knapp, de Berlin, M. Lafargue, de Saint-Émilion (Gironde), qui l'a inoculée comme on le pratique pour le vaccin, etc., ont tous publié des observations qui prouvent les immenses avantages que l'on peut retirer de l'emploi de ce médicament dans les différentes espèces de névralgies.

Enfin, la pommade de vératrine a encore été employée avec plus ou moins de succès par Turnbull, M. Frester, M. Bérard et le docteur Terrier dans diverses maladies des yeux, qui sont si souvent au-dessus des ressources de l'art, telles que des cataractes, des amauroses, l'iritis consommée.

Nous en terminerons l'histoire, en disant que, sous la forme de pommade, la vératrine a été successivement employée depuis la dose de 5 centigrammes jusqu'à celle de 5 décigrammes et plus, pour 30 grammes d'axonge.

---

10. *Sur les mauvais effets des cataplasmes émollients dans le traitement de certaines tumeurs du sein ;* par M. Tanchou.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1848.)

Tout ce qui touche ces affections est entaché de doute et d'incertitude : diagnostic, cause, nature de l'altération, traitement, tout dis-je, concourt à maintenir le praticien dans une perplexité fatigante, décourageante ; c'est à ces motifs qu'il faut attribuer en partie l'indifférence, l'éloignement, le dégoût de beaucoup d'entre eux pour traiter ces maladies; c'est à ces motifs qu'il faut attribuer l'ignorance où nous sommes encore sur leur thérapeutique.

Si les praticiens, au lieu d'imaginer des causes, de créer des hypothèses, de supposer des altérations d'humeurs, d'étudier les altérations pathologiques, de consulter le microscope, et les innombrables terminaisons et réactions de la chimie, se fussent tenus à la simple observation, à noter avec soin les bons ou mauvais effets de telle ou telle substance médicamenteuse, le traitement des affections du sein serait beaucoup plus avancé.

Toutes les fois qu'on a affaire à une maladie dont on ne connaît ni la nature, ni la cause, ni le traitement, je ne me lasserai pas de le répéter, il faut se comporter *comme si la médecine n'existait pas encore* ; c'est ainsi que la science s'est faite ; car il est bon de faire remarquer qu'à cela près de quelques médica-

ments, tous les autres résultent de l'empirisme et de l'observation.

C'est donc pour engager les médecins à rentrer dans cette voie, quant aux maladies insidieuses des mamelles, que nous allons rapporter les observations qui vont suivre; nous pourrions en rapporter un bien plus grand nombre; mais nous n'avons l'intention ici que de ramener la pensée des praticiens sur une série de maladies qui leur sont bien connues, mais que, de guerre lasse, ils abandonnent trop souvent à elles-mêmes, ou bien qu'ils livrent beaucoup trop vite à une opération qui ne répond pas toujours à leurs espérances.

Obs. I. — Mademosiselle P. . . , âgée de 17 ans, se présente à mon observation le 5 octobre dernier pour une glande dans le sein droit. Cette jeune personne est fraîche et bien portante ; elle est bien réglée depuis trois ans ; elle n'a jamais été malade dans son enfance; elle a les cheveux châtains, les yeux bleus, mais aucun caractère des scrofules; il n'y en a aucune trace chez ses trois sœurs ni dans sa famille. Cette tumeur est du volume d'une noix ronde, fort mobile; elle ne la fait souffrir que lorsqu'on la presse avec le doigt, ou lorsque la malade la touche en s'habillant; alors, la douleur s'étend dans tout le bras et sur le côté du pouls jusque dans l'épaule. La jeune fille ne sait pas quand ni comment elle a commencé; elle n'a point fait de chute; elle n'a point reçu de coups sur cette région; il y a deux mois seulement qu'elle s'en est aperçue. Elle ne lui faisait pas mal; mais quelques jours après, il lui sembla qu'elle grossissait. Elle en parla à sa mère, et celle-ci n'eut rien de plus pressé que d'y mettre un cataplasme de farine de lin le même soir. La nuit fut inquiète; la malade éprouva des élancements qui lui étaient jusqu'ici inconnus; elle a été assez bien pendant la journée. Le soir du lendemain, nouveau cataplasme; la malade n'a pas dormi; elle a voulu l'ôter, mais sa mère s'y est opposée.

Le jour suivant, on continue le cataplasme pendant le jour et pendant la nuit; les douleurs semblent se calmer. La nuit est assez bonne; mais le lendemain, la peau du sein est rouge; il est gonflé, sensible au toucher. Le jour suivant, il est encore plus gonflé, il est le siége de douleurs réelles; la jeune personne a même eu un peu de fièvre; elle pleure, elle se gendarme pour ne plus rien mettre sur son sein. Peu à peu les douleurs s'apaisent, la tuméfaction diminue, mais la glande reste plus volumineuse qu'elle n'était auparavant ; elle est le siége de temps en temps d'élancements très-vifs, et qui manquent rarement de se renouveler quand on la touche avec les doigts. (*Onctions et ap-*

plications de compresses de flanelle trempées dans l'huile camphrée ; teinture iodée ; pulvéro-topique, dont nous avons donné la formule dans notre *Traité des tumeurs cancéreuses*) (1). Peu à peu la glande diminue, les douleurs s'apaisent, et aujourd'hui il ne reste plus qu'un noyau du volume d'une très-petite noisette, roulant sans douleur aucune, même au moment des règles ; et tout fait espérer que cette petite tumeur restera stationnaire, perdue dans le tissu cellulaire du sein, ou qu'elle se dissipera à la suite d'un accouchement ou d'un allaitement, comme il n'est pas rare de l'observer.

Obs. II. — Madame M..., âgée de 56 ans, d'une très-forte organisation, se présente à mon observation le 15 octobre dernier, pour une tumeur dont elle s'est récemment aperçue dans le sein gauche, tout près du sternum; cette dame est très effrayée, elle croit qu'elle a un cancer, maladie à laquelle une de ses amies vient de succomber. La malade n'est plus réglée depuis cinq ans ; mais elle éprouve de temps en temps des étouffements, des bouffées de chaleur au visage qui annoncent un état hypérémique, et que la vitalité non encore dispersée se porte en excès sur certains organes; depuis longtemps elle s'apercevait que de temps à autre ses seins se gonflaient, étaient douloureux, comme, dit-elle, lorsqu'elle était réglée; c'est à cette occasion qu'elle s'aperçut de la tumeur dont je viens de parler. Effectivement, elle est rouge, presque enflammée, sensible au toucher, de sept à huit centimètres de diamètre, peu élevée, mais s'étendant par une base dure sur les cartilages des côtes, où elle semble adhérer, pour se porter de là jusque dans le sein où elle semble se perdre. (*Saignée, purgatifs répétés, réfrigérants.*) Sous l'influence de ces moyens, la malade alla mieux ; puis elle cessa de venir me consulter.

Le 18 novembre, elle revient et me dit que, croyant mieux faire et guérir plus vite, elle avait mis des cataplasmes de saindoux, de farine de lin et d'oignon de lis, et qu'elle avait appliqué des sangsues; depuis lors elle souffrait davantage, et la tumeur avait augmenté ; en effet, elle me parut plus grosse, plus dure, plus étendue et plus adhérente qu'auparavant. (*Compresse froide trempée dans de l'eau alumineuse; purgatif répété.*)

Le 25, les douleurs sont beaucoup moins vives, et le gonflement de la tumeur est beacoup diminué. (*Emplâtre de savon.*)

Le 10 décembre, la tumeur est considérablement amoindrie, elle se sépare en plusieurs lobes ; les douleurs ont cessé. (*Pulvéro-*

(1) Iodure de potassium, 10 grammes; éponge pulvérisée, 10 grammes ; chlorhydrate d'ammoniaque, 40 grammes; chlorure de sodium, 10 grammes.

topique ut suprà; *iodure de potassium*, 10 *grammes sur* 100; *une cuillerée à café matin et soir dans une infusion de saponaire.*) Malgré cela, j'ai lieu de penser que la malade ne guérira pas, et que les divers tubercules dont la tumeur se forme sont autant de tumeurs encéphaloïdes encore peu avancées.

En résumé, les cataplasmes émollients me semblent contre-indiqués sur toutes les tumeurs du sein qui ne proviennent pas de coups, de chutes, et qui ne sont pas franchement inflammatoires; ils me paraissent même, dans certains cas, pouvoir servir de pierre de touche toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner une dégénérescence cancéreuse, ou qu'on croira avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature. Alors, ils calment d'abord les douleurs, les malades s'en montrent satisfaites; mais bientôt ils déterminent un engorgement presque passif, la partie malade devient marbrée et parfois livide; des douleurs d'une nature nouvelle et jusque-là inconnue se font sentir, s'étendent vers l'épaule et dans le bras; enfin, les malades, d'elles-mêmes, par une sorte d'instinct, s'empressent de les supprimer; ou bien la tumeur s'abcède, s'ulcère; les bords de la plaie se décollent, et l'on ne tarde pas à apercevoir au fond les chairs blafardes et aqueuses de certains cancers.

---

11. *Sur les propriétés fébrifuges de la bebeerine.*

(Gazette médicale de Paris, n° 29; 1848.)

Le docteur Blair, chirurgien général de la Guyane anglaise, fut chargé par son gouvernement, sur la provocation du docteur Douglas Maclagan, de rechercher si la *bebeerine* possédait réellement les propriétés fébrifuges que plusieurs praticiens lui avaient attribuées. Dans le travail que nous avons sous les yeux, il rend compte à M. Young, secrétaire du gouvernement, du résultat de ses expériences. En voici le résumé.

Le sulfate de *bebeerine* a été employé dans neuf cas de fièvre intermittente. Dans six de ces cas, la fièvre ne put être arrêtée, et il fallut avoir recours au sulfate de quinine, qui la coupa promptement. Un malade succomba; deux seulement guérirent pendant l'emploi de la *bebeerine*. Le premier de ces deux sujets, qui n'avait eu qu'un accès au moment de l'entrée en traitement, en eut encore un après avoir pris 54 grains du médicament. Chez le second, la fièvre, dit l'auteur, était liée à cette inflammation des vaisseaux lymphatiques (*sic*) appellée *rose* par les gens du pays, car, dans ces cas ordinairement, on n'observe qu'un paroxysme.

Ces résultats, comme on le voit, ne sont pas très-favorables à

la réputation de la *bebeerine* comme fébrifuge. L'auteur conclut dans ce sens; cependant il a remarqué, sous l'action de cette substance, des symptômes généraux analogues à ceux que produit l'administration de la quinine, et il croit, somme toute, que la *bebeerine* n'est pas entièrement dépourvue de vertu antipériodique.

Poudre de goudron calcaire.

L'usage du goudron que l'on avait cherché à introduire dans la thérapeutique, il y a quelques années, a été presque entièrement abandonné par la plupart des praticiens, à cause de la répugnance que sa consistance et sa ténacité inspirent aux malades, ainsi qu'aux pharmaciens qui le préparent. M. Kemmerer, de Saint-Martin (île de Ré), a cherché à en réhabiliter l'usage, en corrigeant ces inconvénients. Voici de quelle manière : en jetant par petites portions à la fois de la chaux vive en poudre dans une partie du goudron liquide, mélangeant bien les deux parties jusqu'à ce que la combinaison qui en résulte soit assez dure pour être pulvérisée, on obtient une poudre noire, non tenace, et par conséquent facile à employer. M. Kemmerer attribue à cette poudre de goudron calcaire des propriétés plus énergiques que celles du goudron seul. Il la mêle en trois proportions avec l'axonge. Le n° 1 contient un huitième, le n° 2 un quart, et le n° 3 moitié de la poudre de goudron calcaire, suivant l'état de sécheresse et d'inflammation des parties. L'auteur dit l'avoir employée depuis plusieurs années avec avantage dans des eczémas, dans quelques cas de gale, de prurigo, de vieux ulcères des jambes, etc.

Poudre calmante contre la toux, dans la coqueluche.

M. le docteur Viricel, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, emploie contre les accès de toux convulsive de la coqueluche la prescription suivante :

Poudre de racine de belladone.	. . .	15 centigr.
Cochenille en poudre. } Bicarbonate de soude. }	de chaque. . .	6 décigr.
Sucre pulvérisé.		30 grammes.

Divisez en 15 prises, dont on donne une par jour.

M. Viricel assure que, chez plus de deux cents enfants qu'il a traités de cette manière, il a toujours vu les accidents cesser dès le troisième jour.

12. *Spermatorrhée combattue avec succès à l'aide du camphre et du nitrate de potasse*; par M. Pons y Guimera.

(Gazette médicale de Paris, N° 29; 1848.)

« Grâce à un célèbre intrus en médecine, dit l'auteur, c'est aujourd'hui le camphre qui joue le rôle, pris autrefois par le remède de Leroy, plus tard par les pilules de Morrison, de panacée universelle. Aussi, ajoute-t-il, le livre intitulé *Manuel de la santé* peut être regardé comme une fièvre lente qui décime sans pitié nos populations. »

Cependant, administré selon ses indications rationnelles et à doses convenablement modérées, ce médicament peut rendre d'utiles services. C'est ce que prouve une fois de plus l'observation suivante :

Obs. — M. P., âgé de 18 ans, de tempérament sanguin, de constitution robuste, consulta l'auteur dans les premiers jours de juillet dernier pour des pollutions nocturnes. Après un examen attentif, M. Pons y Guimera fut d'avis que, malgré l'état vigoureux de la constitution, la maladie dépendait d'une atonie des organes génitaux.

Le sujet rapporta qu'il s'abstenait d'aliments excitants; qu'il se livrait assez peu au coït; que, lorsqu'il lui arrivait de le pratiquer vers le soir, il avait deux pollutions pendant la nuit, même avec éréthisme et sensation voluptueuse; que si, au contraire, il s'en privait, il n'y avait plus qu'une perte par nuit, et pas même quotidiennement.

L'auteur lui défendit les rapports sexuels, et lui administra, pendant six jours consécutifs, deux pilules de deux grains de camphre chacune, à prendre au moment de se mettre au lit. Néanmoins, dès la première nuit qui suivit l'emploi de cette médication, le malade eut une perte très-abondante, mais à peine voluptueuse.

Le médicament fut continué, et la perte ne revint qu'au sixième jour. Regardant cet accident comme causé par la privation de coït, M. Pons y Guimera lui administra pendant huit jours le nitrate de potasse à la dose d'un scrupule et demi, répétée deux fois par jour. — Il passa sans rechute ce temps, au bout duquel il usa du coït; mais, la nuit suivante il se produisit une pollution, à la vérité plus faible que d'habitude. On reprit alors pendant six jours consécutifs l'usage du camphre, en même quantité et de la même manière que précédemment.

La perte ne reparut qu'au quinzième jour. Une dernière administration, semblable aux précédentes, des pilules de camphre

paraît avoir suffi à la guérison complète de la spermatorrhée, puisque aujourd'hui, 25 août, elle n'est pas revenue, bien que M. P. use librement des plaisirs vénériens.

Emploi de l'ammoniaque caustique contre les brûlures.

M. Guérard, médecin à l'Hôtel-Dieu, a constaté depuis un grand nombre d'années les bons effets de l'emploi d'une solution concentrée d'ammoniaque contre les brûlures au premier et au second degré. Dans les nombreuses circonstances où il lui est arrivé de se brûler, soit avec des charbons ardents, de la poudre ou du phosphore, etc., il est toujours parvenu, à l'aide de cet agent, à faire avorter les accidents.

Lorsque la brûlure occupait l'extrémité des doigts, il les maintenait immergés dans le liquide, sans addition d'eau. Si le siége du mal ne permettait pas cette immersion, il le couvrait d'une compresse imbibée d'ammoniaque, et en prévenait l'évaporation par l'addition de linge sec. Dans ce cas, il faut renouveler de temps en temps la solution ammoniacale. On est averti de la nécessité de ce renouvellement par la sensation de chaleur et de cuisson qui se montre dans la partie brûlée. Aussitôt après l'application de l'ammoniaque, la douleur disparaît, et ce bien-être persiste pendant un temps d'autant plus long que le liquide est plus concentré. D'après ce que M. Guérard a éprouvé lui-même, il croit que l'application de l'ammoniaque caustique doit être continuée pendant au moins une heure pour produire un effet durable, après quoi on laisse la partie brûlée à découvert sans aucun autre pansement. Si la brûlure est étendue, ce laps de temps pourrait être insuffisant. En tout cas, on serait averti qu'il convient de continuer l'application alcaline pour la réapparition de la chaleur et de la cuisson dans la partie malade. La douleur se dissipe instantanément par l'application de l'ammoniaque caustique. Les phlyctènes ne se développent pas; mais l'épiderme se sèche et tombe plus tard en lambeaux d'apparence de parchemin.

---

13. *Traitement direct des névralgies suivant leur siége* (1); par le docteur Sandras, médecin de l'hôpital de Beaujon.

(Journal des Connaissances médico-chirurg., juillet 1848.)

S'il est nécessaire, en présence d'une névralgie, de remonter à la source pour en arrêter le développement ultérieur, la continuation et la reproduction, et parce qu'on n'a pas de voie plus sûre pour garantir l'avenir, il importe également d'attaquer directement et simultanément le mal lui-même, pour le détruire

(1) Extrait d'un travail important sur les névralgies.

là où il se fait sentir. Une névralgie est une souffrance horrible, et le malade demande à grands cris du soulagement.

On a conseillé, jusqu'au commencement de ce siècle, une multitude de moyens : des applications émollientes sous toutes sortes de formes, même très-bizarres; l'arsenic, le zinc, le cuivre, le fer, le bismuth, pour ainsi dire au hasard; la section des nerfs endoloris au-dessus de la douleur, particulièrement pour les névralgies sourcilières ou sous-orbitaires; des espèces de cautérisations superficielles, comme celles des Arabes et des Égyptiens, ou profondes comme celles d'André pour les névralgies de la cinquième paire; on a conseillé quelquefois de cautériser pour détruire le nerf, plus souvent on a cautérisé vers les points où il distribue ses derniers rameaux. Cotugno a promené sur tout son trajet des vésicatoires multipliés; on a administré intérieurement toutes sortes de poisons et de moyens décorés du nom d'antispasmodiques, de la térébenthine en boisson. A quoi il faut encore ajouter quelque chose qui est à la fois intérieur et extérieur, général et local, l'électricité, avec ou sans acupuncture.

Et au milieu de tout cela les névralgies ont marché tantôt bien, tantôt mal, torturant les malades quelquefois de concert avec le remède, guérissant quand il plaisait à Dieu, et même souvent ne guérissant pas du tout, malgré le hasard, le temps, les eaux, les essais de poisons et la multiplicité des tentatives désordonnées du malade et du praticien aux abois.

Heureusement, pendant ces vingt dernières années, des chimistes habiles ont isolé les principes actifs de nos meilleurs médicaments; un jeune médecin, M. Lambert, avait imaginé la méthode dite endermique, et les esprits les plus progressifs se sont mis à faire une étude véritablement physiologique de la pathologie et de la matière médicale épurée.

Il en est résulté une thérapeutique des névralgies que je ne crains pas de comparer à tout ce que notre science a de meilleur.

Je laisse donc hardiment de côté tout le bagage historique, bon seulement à compléter le chapitre des recherches ou des aberrations humaines, et je pose nettement les principes qui ne doivent jamais faire défaut dans le traitement local de ces maladies. En les combinant avec ceux que j'ai exposés plus haut (1), ils m'ont toujours donné le résultat que je demandais : la guérison du malade en peu de temps, si l'on se bornait à l'accès présent, un soulagement long et très-prononcé, ou une guérison définitive, si l'on continuait convenablement. L'expérience m'a prouvé que, dans l'immense majorité des cas, on n'a pas besoin

(1) Traitement des causes des névralgies; n° de février 1848.

de s'adresser aux méthodes chirurgicales ; pour mon compte, je n'y ai jamais eu recours. Je n'en nie pas la valeur, mais je suis bien décidé à en reculer, autant que possible, l'expérience. Je ne crains pas de promettre le même succès à tous les médecins qui s'engageront dans la même voie.

Je reprends les névralgies une à une, au point de vue du traitement local.

Les névralgies de la 5e paire ou des branches du *plexus cervical* ont, plus que toutes les autres, la propriété particulière de céder à l'influence de *l'extrait de belladone*. Sous ce rapport, l'extrait dont je parle a quelque chose de merveilleux. Si on en fait prendre au malade 0,025 en une pilule, et au besoin si on redouble la dose au bout d'un quart d'heure, ou si on en donne d'un seul coup 0,05 à un sujet dont la sensibilité est bien connue, toutes les muqueuses de la bouche, de la langue, des fosses nasales se sèchent ; la vue se trouble et subit des désordres très-variables ; une sensation particulière se fait sentir dans tout l'organisme, et particulièrement dans la tête et à l'épigastre ; quelques gargouillements peuvent avoir lieu avec un peu de colique ; mais en même temps la névralgie de la 5e paire ou s'amende notablement, ou disparaît complétement, et le malade éprouve tout le bien-être qui remplace cette douloureuse affection évanouie. Dans ce cas, je ne connais pas de remède comparable à la belladone ainsi administrée. Employée en emplâtre, elle m'a semblé beaucoup moins efficace, et quelquefois irritante. Elle a la même infidélité et la même insuffisance, quand on l'applique sous forme de pommade en frictions.

Ce que j'ai vu constamment m'a conduit à donner aux pilules d'extrait de belladone *bien préparé* une préférence marquée sur l'extrait de jusquiame qui, à la dose de 0,05, forme le principe véritablement actif des pilules de Méglin ; l'oxyde de zinc sublimé qu'il y ajoute en quantité égale ne produit rien à ma connaissance, dans les affections névralgiques, et la racine de valériane sauvage, qu'il unit dans une autre formule au zinc et à la belladone pour joindre un principe fortifiant aux vertus calmantes des deux autres médicaments, ne donne pas plus de valeur sérieuse à ses prescriptions. M. Valleix a déjà noté que l'une et l'autre formule étaient appliquées par Méglin dans des cas identiques, et que néanmoins les résultats n'ont pas varié. Méglin commençait en donnant une pilule matin et soir, et il allait tous les jours en doublant la dose, jusqu'à ce qu'une amélioration sensible ou des accidents dans les voies digestives vinssent l'avertir de s'arrêter.

Les essais que j'avais faits de ces pilules et de ce procédé, avant que j'eusse reconnu la propriété spécifique de la belladone, ne m'avaient pas satisfait du tout, moins même qu'une méthode de vésicatoires volants analogue à celle de Cotugno.

La morphine, prise à l'intérieur à doses convenables, c'est-à-dire progressivement de 0,015 jusqu'à 0,10, m'a semblé beaucoup meilleure que la jusquiame ; mais, en général, moins efficace et moins sûre que la belladone dans ses succès définitifs. Elle trouble davantage les fonctions générales, et sa supériorité curative est sensiblement moindre. Dans les névralgies de la 5e paire, la morphine est employée plutôt en applications topiques ou endermiques. Elle forme, déposée à la dose de 0,005 à 0,10 sur un peu de diachylon gommé, ou aux mêmes doses incorporée dans de l'axonge, un bon moyen de calmer provisoirement la douleur. Elle a seulement l'inconvénient de faire développer sur le point d'application une éruption vésiculeuse abondante qui durera quelques jours encore après l'application du remède. Employée aux mêmes doses et étendue au moyen d'axonge et d'huile sur les points douloureux, elle jouit encore de facultés utiles pour calmer la douleur momentanée, mais pas plus : c'est un soulagement et non une guérison.

Dans tout cela, nous n'avons pas entamé la peau, et c'est un avantage à considérer dans toutes les parties visibles où se distribue la 5e paire ; aussi la morphine n'y a-t-elle eu qu'une efficacité précaire et relative ; si on va plus loin, et qu'on ne craigne pas d'employer ce remède par méthode endermique, on pourra réussir plus complétement. Il suffit de tremper une rondelle de linge ou de flanelle, de dimension convenable, dans un flacon contenant de l'ammoniaque liquide concentré, de tenir, au moyen d'une petite pièce d'argent, ce linge appliqué pendant trois ou quatre minutes sur le point qu'on veut dénuder ; en ôtant le petit appareil, on trouve au-dessous une large phlyctène qn'on enlève. Le derme est dénudé. Il suffit alors de panser avec un peu d'axonge sur laquelle on a étendu 0,025 ou même 0,05 de chlorhydrate de morphine. — Après un moment de cuisson, quelquefois fort vive, qui suit cette application, les effets de la morphine ne tardent à se montrer : un peu d'engourdissement local, du trouble de la tête, de la plénitude d'estomac, et même des nausées et des vertiges, suivis ou non de vomissements. Des vomissements, très-souvent des démangeaisons, quelquefois un peu d'ischurie, et en même temps que tout cela la diminution, ou la suspension, ou la disparition complète de la douleur. En réitérant l'usage de ce moyen suffisantes fois et par doses utiles,

on ne tarde pas à confirmer la guérison ; mais je me crois autorisé à dire qu'en ce qui regarde la névralgie dont nous nous occupons, ce dernier traitement ne vaut pas celui qui se fait par la belladone. Il est désagréable sur la face ou aux environs ; il est quelquefois douloureux ; il est presque toujours accompagné d'un narcotisme et de symptômes excessivement pénibles, outre la langueur qu'il jette dans les fonctions digestives ; tandis que la belladone, prise comme je l'ai indiqué, n'exige pas d'opération, ni de douleurs, ni de cicatrisation, trouble moins les fonctions nerveuses et digestives, et donne plus tôt et plus sûrement un résultat complet. On peut en rendre même encore l'effet sur tout le sytème moins désagréable en faisant prendre les doses au moment du sommeil, c'est-à-dire quand le malade devra moins s'apercevoir des troubles de la vue, etc. ; c'est une condition qu'il n'est pas toujours facile d'atteindre dans l'usage endermique de la morphine.

Le cyanure noir de potassium a encore été conseillé contre ces névralgies, et je l'ai employé avec succès. On en incorpore 0,05 ou 0,07 dans une petite masse de Vigo, et on en fait un emplâtre qu'on place sur le point douloureux. Ce moyen calme quelquefois la douleur névralgique ; mais il a le grand inconvénient de produire presque toujours au point de contact une vive irritation de la peau, par conséquent une douleur inflammatoire bien marquée, une véritable suppuration du derme, et une plaie avec cicatrisation ultérieure assez longue, à cause des croûtes plates et adhérentes qui la recouvrent.

La strychnine incorporée dans de l'axonge et de l'huile à dose de 1/50me de l'excipient m'a donné aussi de très-bons résultats ; mais dans un cas seulement où la peau a pris, à la suite de névralgie, une sensibilité excessive. La pommade molle dont je parle, étendue en onctions douces partout où se révèle cette sensibilité anormale, ramène peu à peu le système nerveux local à son rhythme régulier ; hors ce cas, la strychnine m'a paru sans efficacité dans les névralgies, et notamment dans celles de la 5e paire.

L'acupuncture, l'électro-acupuncture qu'on a vantées, ont bien pu réussir puisqu'on l'a dit ; mais les essais que j'en ai vu faire, il y a quinze ou seize ans, dans le service du docteur Bally, mon ami, m'ont laissé une pauvre idée de ce moyen ; j'ai été assez heureux, à l'aide des données que j'établis ici, pour n'avoir jamais été forcé de me jeter dans ces tentatives de physique.

Je n'ai rien de mieux à dire sur les armures *aimantées*.

Un moyen beaucoup plus simple, et qui m'a souvent réussi,

est la *compression de l'artère* avant son passage au point endolori. Cette compression méthodiquement faite diminue les battements locaux, toujours exagérés dans la névralgie, amoindrit notablement la douleur, et quelquefois même la fait complétement disparaître. C'est le meilleur moyen de soulagement immédiat que je connaisse.

Il est bien entendu qu'il faut ajouter à tout cela et le repos de la partie endolorie, et le choix d'aliments qui ne stimulent pas le système nerveux, et de boissons capables seulement de le calmer.

Quant au siége précis de la névralgie, il me donne, par expérience, les indications suivantes :

Occupe-t-elle ensemble, ou l'un après l'autre, ou indistinctement tous les rameaux de la 5e paire? Je fais prendre le plus tôt possible de la belladone à l'intérieur ; je fais faire sur tous les points spécialement douloureux des onctions avec une pommade molle à la morphine ; je soustrais le sujet au bruit, à la lumière, au mouvement ; j'établis une compression modérée sur la carotide primitive en dedans du muscle sterno-mastoïdien, en dehors du larynx, et prenant ses points d'appui sur la colonne vertébrale.

Quand la névralgie est *temporale*, j'ordonne la belladone à l'intérieur, je comprime l'artère temporale avant le point douloureux, je recommande surtout de ne pas remuer les mâchoires.

Les névralgies *sus et sous-orbitaires*, outre le traitement intérieur qui leur convient mieux qu'à toutes les autres, surtout quand on le fait par la belladone, s'accommodent mieux que la temporale, les maxillaires et les cervicales, des applications endermiques du chlorhydrate de morphine, et surtout du cyanure noir de potassium. La sus-orbitaire est souvent calmée par la compression de l'artère temporale du même côté.

Les névralgies *sus et sous-maxillaires* cèdent d'une manière merveilleuse à l'usage interne de la belladone. Cette substance est alors, on pourrait dire, héroïque. Il importe seulement de s'assurer, avant de l'employer, que le mal ne provient pas d'une altération matérielle des dents, des gencives et des mâchoires. Hors ces cas, la belladone ne manque pas son effet. Quand on aura d'ailleurs des raisons pour n'y pas recourir ou qu'on sera pressé de donner à son malade tout le soulagement immédiatement possible, on y réussira en comprimant la carotide le plus haut possible, ou mieux l'artère maxillaire au moment où elle se contourne sur le bord de la mâchoire inférieure. Dans ce cas encore, il faudra recommander le plus grand repos possible des

mâchoires ; tout à l'heure c'était pour ne pas contracter le muscle temporal, à présent c'est pour laisser en repos tous ceux de la bouche, des lèvres et du menton. J'ai vu si souvent ces sortes de névralgies rappelées par la parole, par la mastication et surtout par la mastication de corps volumineux et résistants, que je me crois obligé d'insister beaucoup sur la recommandation du repos des mâchoires. J'y ajouterai encore la défense formelle de tous les aliments et de toutes les boissons acides par elles-mêmes ou capables de le devenir pendant la digestion. C'est une provocation à la névralgie qu'il faut éviter avec le plus grand soin.

Les névralgies *de l'œil* exigent impérieusement l'usage de la belladone à l'intérieur. On ne saurait croire avec quelle efficacité elle agit alors. Il faut que le médecin en soit bien prévenu pour oser y recourir dans quelques névralgies de l'œil, accompagnées d'amblyopie assez marquée pour faire craindre une amaurose commençante. Il est impossible de ne pas éprouver, en présence de ces symptômes, une sorte d'hésitation ; mais quand la maladie névralgique n'est pas douteuse, qu'elle a toutes ses douleurs, qu'elle a montré quelques-unes de ses variations, on pourrait dire de ses caprices, qu'elle a bien suivi la marche d'une névralgie et non d'une amaurose, il faut se décider pour le traitement spécifique, et on ne tarde pas à en recueillir les bons effets. J'ai rencontré si souvent des cas de ce genre et j'ai vu si souvent le succès couronner un traitement soigneux, mais énergique, dans ce sens, que je regarde l'acquisition de ce moyen et la constatation de son efficacité, comme une des écoles les plus heureuses que j'aie rencontrées dans la thérapeutique des névralgies.

Les névralgies de *l'oreille et les cervicales* guérissent mieux par les topiques opiacés et morphinés. C'est à l'aide de ces moyens que j'en viens le mieux à bout. La compression ne produit rien de bien sur les cervicales ; elle soulage notablement dans celles de l'oreille, et cette différence s'explique par le rapport qu'a la carotide comprimée avec les unes et avec les autres. On ne peut pas comprimer cette artère sans comprimer en même temps les parties endolories dans les névralgies cervicales, et la douleur s'en augmente alors assez souvent, tandis que, pour la névralgie de l'oreille, en comprimant on empêche la plus grande force de l'affluence du sang dans l'organe souffrant.

Les névralgies occupant les branches de subdivision du plexus brachial sont en général plus simples, mais plus longues, dans leur traitement. Au point de vue général elles sont comme toutes les autres et ne guérissent pas complétement, si on ne fait pas

une guerre ouverte à la véritable cause qui les produit ; c'est ce qui explique le succès de certains traitements généraux, des bains, des douches, des eaux chaudes minérales, de quelques traitements spécifiques ; c'est ce qui fait surtout qu'en même temps on se trouve bien de poursuivre la douleur locale et le mal originaire. Mais il ne faut pas perdre de vue que le but de ce traitement mixte est complexe. Par le premier, on lutte contre la cause générale de la maladie et on ne peut espérer en venir à bout que par une insistance suffisante sur l'emploi de ces moyens. Par le second, on veut remédier au mal présent, à la douleur actuelle.

Pour cela je ne connais rien de plus efficace que l'usage, bien entendu, du traitement endermique par les sels de morphine. Les mêmes sels, pris à l'intérieur par doses stupéfiantes, déterminent plutôt les effets généraux de la morphine que la sédation locale dont on a besoin. On a du trouble et de la douleur de tête, de la somnolence, des maux de cœur, des vomissements, des démangeaisons et de l'ischurie avant d'avoir calmé la névralgie. Par la méthode endermique, c'est le contraire qui a lieu. Le mal local s'apaise d'abord, et les effets généraux peuvent se montrer après. Cette remarque ne me laisse pas de doute sur la préférence à donner à ce dernier mode d'administration. Aussi est-ce toujours par là que je conseille de débuter. Un vésicatoire posé sur l'épaule, à la partie antérieure ou postérieure du bras, rarement à la partie interne, à cause des ganglions axillaires qui ne manqueront pas d'en être enflammés, sur le deltoïde ou même au-dessous de son insertion inférieure, sur l'avant-bras, en avant ou en arrière, depuis le coude jusqu'au carpe en arrière et jusqu'au métacarpe en avant, qu'il soit appliqué au moyen de la pommade et de la poudre de cantharides ou au moyen de l'ammoniaque concentré, met le derme à nu, sur le trajet connu du nerf endolori, spécialement aux points les plus superficiels ou les plus douloureux ; on panse à plat, en ajoutant à chaque pansement 0,05 ou 0,10 du sel de morphine, suivant la susceptibilité du sujet et l'intensité de la douleur, et on ne tarde pas à noter une grande diminution dans la névralgie. Deux ou trois pansements de cette sorte n'ont pas été plutôt mis en usage que les douleurs sont amoindries, à ce point que les malades ne les reconnaissent plus au milieu de celles du vésicatoire ; puis, si on insiste sur la morphine, les effets généraux de cette substance ne tardent pas à se montrer. On en diminue alors la dose, ou on éloigne les pansements de manière à ne conserver cet état de narcotisme que dans un degré modéré et seulement

pendant quelques heures. On va progressivement en diminuant à mesure que la guérison se dessine.

Il importe seulement dans ce cas, comme dans ceux dont nous avons parlé plus haut, de maintenir le vésicatoire dans de bonnes conditions d'absorption. Je n'en ai pas parlé à propos de ceux qui regardent la suite de la 5e paire, parce que, ces véscatoires étant presque toujours placés sur des parties en vue, on ne peut guère les regarder que comme des organes transitoires d'absorption, et il ne serait pas sage de les entretenir plus que quelques jours à cause des traces qu'ils pourraient laisser. Mais si le médecin est plus maître de son terrain, il peut conserver, et même c'est très-utile, pendant quinze jours ou même trois semaines, la surface absorbante qu'il s'est préparée.

Pour cela il faut que la plaie soit bien avivée, convenablement nettoyée des fausses membranes qui tendent sans cesse à la recouvrir, et cependant assez peu irritable pour que l'absorption y reste possible. Pour cela, l'épiderme enlevé et la plaie bien essuyée, on la panse d'abord avec un peu de beurre frais, sur lequel on a étendu la morphine. Ce beurre frais a été mis en couche mince sur du papier brouillard, ou sur une feuille de poirée. Le lendemain, après nettoyage convenable, on réitère le même pansement; mais au lieu de se servir de beurre frais, on emploie un mélange de cérat et de pommade épispastique, dans des proportions déterminées par l'aspect plus ou moins irrité de la plaie. Si on a trop irrité, on diminue la dose de pommade épispastique, ou même on la supprime tout à fait; si l'irritation manque, on emploie cette pommade pure ou peu affaiblie. On a pour ces pansements deux guides infaillibles, l'aspect de la plaie d'une part et d'autre part l'effet général produit par la morphine absorbée. Cette substance n'est pas absorbée, ou quand le vésicatoire est trop irrité, ou quand des couches pseudo-membraneuses s'interposent entre le derme et le médicament. On remédie à ces deux accidents par le même moyen, un cataplasme simple mis à nu sur la plaie. Dans le premier cas, il calme l'irritation, et la morphine déposée sur le cataplasme montre bientôt par ses effets connus que l'absorption s'est rétablie; dans le second cas, le cataplasme détrempe et détache la fausse membrane et on retrouve au-dessous une surface rouge, vive, humide, bonne pour l'absorption.

Le pis-aller, enfin, ce serait de sécher ce vésicatoire et d'en préparer un autre, immédiatement aux environs. On les substituerait ainsi autant qu'il le faudrait. Il est bon d'être prévenu d'ailleurs que plus on descend vers le bas de l'avant-bras et le

dos de la main, et plus on s'expose à produire de vifs érythèmes et même des érysipèles autour du vésicatoire. Je me contente le plus souvent d'y remédier par des onctions sur toute la partie enflammée avec de l'axonge et par des cataplasmes de farine de graine de lin ou par des bains d'avant-bras émollients.

Quand les choses commencent à bien aller, ou quand au début le mal est peu intense, on peut se contenter de faire sur toutes les parties douloureuses des frictions avec une pommade d'axonge et de chlorydrate de morphine dans la proportion de 1/25 à 1/50 de sel actif.

Le repos du bras est néeessaire jusqu'à la guérison.

Je n'ai jamais eu besoin de recourir aux autres agents thérapeutiques conseillés contre les névralgies. Je n'ai point rencontré de névralgie brachiale que le traitement que je viens de détailler n'ait guéri : quand le mal était local, ce traitement a suffi seul. Il a toujours réussi, combiné avec les traitements généraux mentionnés ci-dessus, quand le mal local dérivait d'une cause générale comme celle dont j'ai parlé.

---

14. *Note sur une méthode de traitement du choléra qui a donné les résultats le plus constamment heureux ;* par A. Charmasson, D.-M.-P.

(Journal des Conn. médico-chir., juillet 1848.)

Nous paraissons avoir oublié le choléra depuis que les derniers événements politiques sont venus nous causer des préoccupations plus graves, plus incessantes. Le choléra n'en est cependant pas moins à nos portes, et, bien qu'il semble avoir momentanément suspendu sa marche progressive, il peut d'un jour à l'autre, éclater à l'improviste au milieu de nos populations, déjà si ravagées par les malheurs du temps. Il nous a semblé utile, dans cette circonstance, d'exposer à la génération médicale actuelle, en partie renouvelée pendant ces quinze dernières années, une méthode de traitement, qui a, dans l'épidémie de 1832, fourni des résultats très-heureux à M. Récamier. Nous avons, d'ailleurs, eu nous-mêmes l'occasion d'en constater les bons effets.

Tout le monde connaît les symptômes du choléra ; aussi nous ne ferons que les indiquer : les flux intestinaux de couleur blanche comme de l'eau de riz, et c'est le caractère qui les distingue des autres flux abdominaux ; c'est ce qui avait fait, dès 1820, donner à cette affection le nom de choléra blanc par M. Récamier. Des vomissements de même nature, des crampes aux membres inférieurs surtout, crampes quelquefois d'une violence

intolérable; des douleurs intestinales non moins vives; de la soif, une barre épigastrique qui oppresse et étouffe le malade; de la difficulté, de l'embarras dans la parole, sans que l'intelligence participe au trouble général; une teinte violacée de la peau; un pouls qui tantôt n'augmente pas de fréquence, mais qui, dans tous les cas, perd son rhythme et sa force; un froid général qui va toujours croissant, sensible au malade et au toucher, plus marqué, surtout aux extrémités, au nez et même à la langue; enfin une altération prompte et profonde du *facies*, et une faiblesse aussi prompte, qui bientôt ne permet plus au malade d'exécuter le moindre mouvement.

Mais quelques-uns de ces phénomènes peuvent manquer sans que, pour cela, la maladie soit moins terrible. Celui qui ne fait jamais défaut et qui paraît être le point de départ de tous les autres, c'est la réfrigération générale, qui marche rapidement vers l'extinction de la vie: aussi la plupart des symptômes ne sont-ils nullement différents de ceux que l'on observe dans la congélation. Le froid paralysant toutes les fonctions, l'hématose comme l'innervation, explique l'asphyxie, les crampes. Aussi croyons-nous, d'après notre maître, que le choléra n'est qu'un état algide, et que c'est surtout à cette tendance à la réfrigération spontanée que doivent s'adresser les agents thérapeutiques.

En effet, cela s'adresse à un phénomène spécial. La maladie continue sa marche, bien que ce phénomène soit modifié ou même enrayé. Il faut donc s'attacher à ressusciter l'organisme, à le forcer de réagir contre cette cause toxique, en retenant le peu de chaleur qui lui reste. Le moyen qui a paru le plus propre à atteindre ce but est sans contredit l'essence de menthe. Une goutte versée sur un morceau de sucre délayé dans 5 à 6 cuillerées d'eau, et donnée de 5 en 5 minutes, réitérée jusqu'à la cessation du froid, est l'agent le plus simple, et je dirai le meilleur; si les phénomènes nerveux sont prédominants, on pourra, dans une potion à base d'eau de menthe, ajouter quelques centigrammes d'assa-fœtida, et même du sirop d'éther. On a parlé beaucoup de l'éther; mais n'est-il pas à craindre que ce moyen, comme tous ceux qui contiennent une certaine quantité d'alcool, donné à de certaines doses, ne finisse par avoir une influence stupéfiante, et donne lieu à des accidents secondaires.

On applique en même temps des sinapismes aux extrémités, 2, 4, si le froid est intense, et même un cinquième sur l'épigastre dans le cas où la crampe du diaphragme se traduit par une barre vers cette région. Il faut avoir soin de les changer de place de 20 minutes en 20 minutes, pour éviter les eschares; on

en prolonge l'application jusqu'à ce que la caléfaction se prononce franchement.

L'eau de menthe combat les vomissements : des lavements d'eau de riz amidonnés, et légèrement laudanisés, s'il y a douleur vive, combattront le flux intestinal. On les rapprochera de 10 en 10 minutes, si la fréquence des déjections le rend nécessaire, et on en secondera l'effet par un cataplasme ou par des fomentations laudanisées sur le ventre. Il ne faut pas abuser des opiacés, dans la crainte d'accidents cérébraux consécutifs surtout, chez certaines idiosyncrasies.

Quant à la température à laquelle doivent être donnés les boissons et les lavements, il faut se conformer aux appétences du malade. Le frais est préférable et plus propre à relever la tonicité : mais s'il y a appétence pour le chaud, il faut céder, parce qu'il est encore des idiosyncrasies auxquelles le frais ne convient pas, et qu'il faut surtout éviter de se butter contre une disposition organique.

La barre épigastrique est combattue, comme nous l'avons dit, par un sinapisme et même par des ventouses sèches, si le sinapisme ne l'a pas dissipée. Mais il arrive quelquefois que ces moyens ne la font pas disparaître et que le malade éprouve une dyspnée très-intense. Ces étouffements, produits par l'insuffisance de l'hématose, s'observent aussi dans l'asphyxie; le sang, dans les deux cas, ne pouvant se revivifier dans les poumons, menace de déterminer la mort par sa nature. Ici se présente une nouvelle indication qui, dès l'abord, doit paraître assez contradictoire avec le traitement employé dès le principe, et surtout avec la nature de la maladie. Je veux parler de l'opportunité des émissions sanguines. Comment, en effet, oser tirer du sang, quand ce sang ne suffit pas à l'exercice des fonctions, et surtout quand sa couleur et sa consistance sont si essentiellement différentes de celles qui sont reconnues nécessaires pour justifier son émission ? C'est que, dans les deux cas, il est en trop grande abondance : dans l'un, par sa surplasticité, sa trop grande richesse, par l'oppression des forces qu'il occasionne; dans l'autre, au contraire, par ses qualités délétères, par son caractère noir, huileux, peu fluide; il encombre le système vasculaire au point d'être lui-même un obstacle à la circulation : on saigne, dans cette circonstance, comme on saigne les nouveaux-nés et les asphyxiés, pour donner du jeu aux organes et faciliter la réaction, qui, sans cela, se ferait trop attendre et n'arriverait même pas. C'est par les grands vaisseaux qu'il faut agir ; mais il ne faut pas oublier que la saignée doit être seulement déplétive, et, après

avoir tiré quelques onces de sang, on voit souvent disparaître les étouffements et la barre. Cette indication se présente non-seulement quand la réaction est établie, mais alors même que l'état algide n'est pas complétement dissipé. Jointe aux diffusibles, la saignée peut rendre de grands services et aider au rétablissement de la circulation. Il faut ouvrir la veine, mais se garder des émissions sanguines locales, tout au plus propres à augmenter la débilitation.

Quelquefois l'affection cholérique revêt la forme intermittente. Les phénomènes s'amendent, disparaissent même pour reparaître au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'indication est dès lors trouvée ; mais comme les voies digestives ne supporteraient pas facilement le sel de quinquina, on doit l'essayer sous les aisselles en friction, à doses plus considérables; on peut tenter de l'administrer en lavement aussi, quand les intestins ne sont pas trop fortement compromis. On combine, du reste, ces deux modes.

Au fur et à mesure que la gravité des symptômes diminue, modifier l'emploi des agents indiqués, sans les supprimer complétement. Le pouls conserve quelquefois le caractère pernicieux, même pendant la convalescence ; le musc a donné de bons résultats, lui a rendu son rhythme, en même temps que quelques doses d'extrait de quinquina bonifiaient l'organisme, si profondément débilité.

Mais la convalescence ne succède pas toujours immédiatement à ces scènes de désordre. Si le froid a été de trop longue durée ou d'une violence trop grande, la réaction qui lui succède est d'autant plus vive ; l'organisme lui-même, par sa constitution, ne se prête pas toujours à une réaction franche. Alors on voit cette réaction s'accompagner de phénomènes non moins graves, tout aussi ataxiques que ceux de la première période; des raptus vers les principaux organes aussi effrayants que la période de concentration. En effet, cette affection est pernicieuse et mortelle, quel que soit le phénomène dominant : elle tue par les crampes, comme par le flux intestinal, les vomissements, etc., comme elle tue par les affections secondaires qui accompagnent la réaction. Je ne m'étendrai pas sur le traitement à suivre pendant cette seconde période. Ce nouvel état morbide se rapproche des états ataxiques, typhiques, etc. Les mêmes agents thérapeutiques lui conviennent : les affusions ont rendu de grands services à M. Récamier; ces affusions consistent à verser de l'eau, à 25° 28° centigrades, sur la tête et le corps du malade assis dans une baignoire, et durent 1, 2, 3 minutes. J'en dirai autant des

irrigations continues sur la tête. Dans les cas, au contraire, où le pouls est bien développé et où l'on retrouve les symptômes d'une réaction franche (ces cas sont les plus rares) mais un peu violente, la saignée a trouvé son application et prouvé son utilité.

Le choléra se distingue des affections intestinales et bilieuses que l'on a toujours observées dans certaines saisons par les grands caractères que nous avons indiqués. Ces choléras indigènes se montrent sous la forme de flux bilieux abondants, qui débilitent promptement le malade ; mais ici les phénomènes généraux sont l'effet de l'état morbide local, tandis que, dans le véritable choléra, les phénomènes locaux ne sont que secondaires, puisque le choléra peut tuer avec absence de crampes, de flux, de vomissements : le refroidissement et le flux blanc, quand il existe, sont les signes pathognomoniques de cette affection et peuvent mettre facilement sur la trace des indications thérapeutiques, alors même qu'ils se montrent avec une certaine apparence de bénignité.

Tel est le traitement qui a donné à M. Récamier de beaux résultats pendant l'épidémie de 1832. Nous avons, depuis, observé plusieurs faits de ce genre. Nous allons en exposer deux.

Obs. I. *Forme cholérique intermittente.* — Mme de G. relevait depuis quelques jours d'une affection hépatique : la convalescence marchait sans entraves, quand, après avoir pris un œuf à déjeuner, elle éprouva une commotion morale très-vive. Tout à coup, surviennent les symptômes suivants :

Vomissements, selles très-fréquentes et abondantes, qui ne tardent pas à blanchir ; facies cholérique, refroidissement général et insensibilité des membres, crampes, perte graduelle de la vue, de l'ouïe ; la malade faisait ses adieux à tout le monde ; pouls petit, insensible ; par moments, 50 pulsations ; teinte violacée des extrémités et de la face ; évanouissements continuels. —Sinapismes aux quatre membres, à changer de place toutes les vingt minutes ; toutes les cinq minutes, essence de menthe, et d'heure en heure potion avec essence de menthe, esprit de Mindérérus, sirop d'éther ; deux lavements d'assa-fœtida, et, dans l'intervalle, lavements avec eau de riz. Le soir, amendement des phénomènes, retour de la chaleur ; cessation du dévoiement et des vomissements ; nuit bonne.

Le lendemain, mieux. — A la même heure que la veille, retour de tous les accidents. — Même traitement. Le soir, ayant constaté l'intermittence, je fais appliquer, sous les aisselles, 80 centigr. de quinine en friction, et 40 en lavements.

Le troisième jour, la réaction paraît franche : la malade cause facilement et se dit mieux ; on enlève les sinapismes après quarante-huit heures d'application.—A la même heure que la veille, mêmes symptômes, mais plus faibles ; cependant évanouissements continuels, surtout dès que Mme de G. s'assoupissait ; on était obligé de la réveiller incessamment pour prévenir ces évanouissements et les engourdissements ; continuation de l'antipériodique ; eau de poulet, puis bouillons. Le premier septénaire se termine assez favorablement. La malade reprend des forces.

Le huitième jour, renouvellement de la scène cholérique, mais avec des phénomènes moins prononcés.—Même traitement avec sulfate de quinine.—Le neuvième, fièvre continue ; le pouls donnait 65 pulsations au lieu de 53 : eau de laurier-cerise pour calmer l'orgasme circulatoire, dû peut-être à la saturation du quinquina.

Les jours suivants, l'état fébrile diminue ; la malade commence à se nourrir, et le second septénaire se passe avec des alternations de mieux et de malaise, avec des phénomènes de débilitation profonds. Enfin la convalescence se prononce, convalescence fort longue.

L'impressionnabilité, chez Mme de G., était telle, qu'un quart de verre d'eau de Vichy détermina, quelques semaines plus tard, des accidents presque semblables à ceux que nous avons relatés, mais qui cédèrent promptement.

Obs. II. — Il y a un mois, Mlle Pauline, après avoir mangé quelques grains de raisin, se trouva prise, la nuit, de coliques et de froid. Le matin, je la trouvai dans l'état suivant :

Seize à dix-huit selles blanches comme de l'eau de riz dans l'intervalle de quelques heures, efforts de vomissements et vomissements ; crampes très-violentes aux membres inférieurs, douleurs abdominales ; froid général très-intense ; teinte violacée des membres ; facies profondément altéré, yeux caves ; parole embarrassée ; pouls intermittent, inégal, irrégulier, petit ; impossibilité de compter les pulsations ; faiblesse extrême. — Essence de menthe toutes les cinq minutes ; assa-fœtida, 60 centigr. dans une potion à base d'eau de menthe toutes les heures ; lavements d'eau de riz amidonnés tous les quarts d'heure, et le soir, avec six gouttes de laudanum ; fomentations opiacées sur le ventre ; sinapismes aux jambes. Le soir, retour de la chaleur, diminution des gardes-robes et des crampes ; même état du pouls, qui avait cependant pris un peu de développement.—On cesse les sinapismes et on éloigne la potion ; on continue les la-

vements et les fomentations ; deux selles blanches la nuit ; mieux, cependant.

Deuxième jour. — Même traitement; crême de riz. Les évacuations diminuent en nombre. Les crampes ne reparaissent plus; la chaleur est franchement revenue.

Le troisième jour, la malade se dit bien et prend de la crême de riz plus épaisse ; les douleurs abdominales ont cessé ; cependant les selles conservent leur couleur et le pouls ses irrégularités. Extrait de quinquina et de valériane avant l'alimentation.

Le quatrième jour, 5 centigr. de musc en deux pilules. La malade commence à se lever, à se nourrir, et se dit bien. Le musc et le quinquina, répétés encore quelques jours, ont rendu au pouls son rhythme ; les symptômes de faiblesse ont disparu, et, le septième jour, la malade a commencé à reprendre ses occupations.

Le premier cas nous a offert un exemple très-remarquable de la forme intermittente cholérique. Dans les deux, du reste, on a vu qu'un traitement simple et rationnel a amené assez promptement la cessation des accidents.

---

15. *Observations nouvelles sur l'emploi médical des préparations d'arsenic ;* par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

(Journal de Médecine de Lyon, mai 1848.)

L'attention des thérapeutistes me paraît devoir se fixer sur l'usage interne de l'arsenic. Cette substance, si dangereuse entre les mains des personnes inhabiles ou criminelles, peut être, pour le praticien prudent et éclairé, d'une utilité presque aussi grande que les médicaments minéraux les plus efficaces; l'or, l'antimoine, le mercure, l'iode, etc. Comme eux, c'est un altérant énergique, qui porte son action sur les principaux organes de l'économie ; comme eux, sagement surveillé, il peut rendre les plus grands services, et cela dans des affections très-variées.

J'ai partagé, pendant longtemps, l'effroi qu'inspire à beaucoup de médecins l'emploi de cette substance vénéneuse. Les crimes nombreux qu'elle a servi à accomplir, l'horreur que le public a conçue pour elle, et les erreurs fatales qui peuvent être la suite de son usage inopportun ou mal entendu, me la faisaient regarder comme une arme, non-seulement dangereuse, mais presque toujours meurtrière et jamais utile ; et je me serais bien gardé de violer à son égard les préceptes de Van Helmont et de Stoerk, qui la proscrivent à l'intérieur d'une manière absolue.

Cependant le travail important publié, il y a deux ans environ, par M. Boudin, sur le traitement des fièvres intermittentes par

l'acide arsénieux ; la masse énorme de guérisons que renfermait ce travail, puis le mémoire de M. Carresi, dans lequel ce médecin présente le tableau des décès survenus depuis 1822, parmi les 136 individus qui avaient été traités à cette époque par l'arsenic, les expériences enfin de quelques autres praticiens recommandables par leur talent d'observation, ne laissèrent pas que de me faire réfléchir et de m'ébranler un peu. Je rapprochai alors tous ces faits de ceux que renferme la monographie de Harles et des témoignages apportés dans le temps par Fowler et Pearson en faveur des préparations arsenicales, et je commençai à comprendre que la proscription dont la plupart des médecins français entouraient cette substance était injuste, et que puisqu'aux États Unis, en Angleterre et en Allemagne, elle était d'un usage très-répandu, nous avions tort de ne pas chercher à nous éclairer par des expérimentations prudentes. Mes répugnances se dissipèrent ainsi peu à peu et je suis arrivé même à prescrire l'arsenic assez fréquemment.

La première fois que je le conseillai, je ne le fis pourtant qu'avec beaucoup d'hésitation. C'était dans un cas de fièvre intermittente quotidienne. Il s'agissait d'un homme de 32 ans qui avait contracté sa fièvre à Brignais (Rhône) et qui avait eu déjà une quinzaine d'accès quand je fus chargé de lui donner des soins. Comme il avait la langue jaunâtre, la bouche amère, de l'inappétence et de la constipation, je commençai par lui administrer un purgatif salin (une bouteille d'eau de Sedlitz), deux fois et à deux jours d'intervalle ; puis les jours suivants, je prescrivis le sulfate de quinine et la tisane de chardon bénit. — Le sel de quinine fut continué pendant toute une semaine, sans que je pusse avoir la moindre prise sur les accès. Je le remplaçai alors par la préparation d'émétique de kina et de carbonate de potasse, connue en pharmacie sous le nom de *bolus ad quartanam* et de laquelle j'ai plusieurs fois retiré d'excellents effets, même dans les fièvres quotidiennes ; mais cette préparation continuée pendant six jours fut également inefficace. Alors je me décidai à prescrire l'acide arsénieux que je donnai à la dose d'un centigramme par jour, en dissolution dans une bouteille de tisane d'orge et de chiendent.— Dès le lendemain même de l'administration de ce nouveau médicament, l'accès se borna à un léger frisson avec mal de tête, et le second jour l'accès fut entièrement supprimé.

Je continuai néanmoins l'acide arsénieux pendant quatre ou cinq jours, et sous l'influence de ce traitement, le malade, qui avait complétement perdu l'appétit, et qui avait contracté des dou-

leurs d'estomac provoquées par le sulfate de quinine, revint à un état de santé très-satisfaisant. L'irritation gastro-intestinale disparut avec les accès de fièvre et les fonctions digestives s'activèrent prodigieusement.

Ce premier essai m'enhardit beaucoup et ayant à traiter, quelques jours après, deux malades affectés de fièvre intermittente contractée en Algérie, et qui avaient été sursaturés de kina et de sulfate de quinine, je ne balançai pas à prescrire la solution d'acide arsénieux : ici j'obtins encore, avec une rapidité qui m'étonna, un amendement extrêmement heureux et j'eus la satisfaction de rendre à la santé deux malheureux, qui, depuis plusieurs mois, étaient en proie à des accès de fièvre qui les avaient jetés dans un état d'anéantissement extrême.

Je ne consigne pas ici les observations de ces malades, parce qu'elles ne présentent rien qui ne soit connu de tous ceux qui ont lu le remarquable ouvrage de M. Boudin. Ces faits viennent purement confirmer les conclusions tirées par cet habile médecin, à savoir que l'acide arsénieux a la propriété incontestable de prévenir le retour des accès de fièvre intermittente, et qu'il a en outre la propriété, quand il est administré avec prudence, de provoquer l'appétit sans déterminer des douleurs d'estomac. Je ne veux soulever d'ailleurs aucune discussion sur la supériorité du sulfate de quinine ou de l'acide arsénieux, ni sur la question des récidives, je n'ai pas assez recueilli de faits pour aborder ce débat. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai traité, dans la salle Sainte-Anne à l'Hôtel-Dieu, un malade chez lequel une fièvre tierce qui avait complétement résisté au quinquina, puis qui avait merveilleusement cédé à l'acide arsénieux, est revenue plus forte et plus terrible qu'auparavant, quinze jours environ après l'interruption de l'acide arsénieux. J'ai bien eu recours de nouveau à cette substance; mais j'ai été moins heureux cette seconde fois que la première et j'ai quitté le service sans avoir pu maîtriser la fièvre. Dans cette communication, mon intention est d'insister sur d'autres faits qui s'éloignent davantage de la ligne des choses connues, bien que cependant ils ne soient pas sans exemple. Je raconterai d'abord une observation de névrose intermittente du cœur et des organes de la respiration, guérie par les préparations d'arsenic, puis l'histoire d'une gastralgie caractérisée par des douleurs atroces et qui n'a cédé qu'à l'emploi du même moyen.

Observation de névrose intermittente du cœur et des organes de la respiration guérie par les préparations d'arsenic. — En relisant l'ouvrage de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux, j'appris que l'arsenic avait été conseillé par Edouard Alexander, mé-

decin anglais, contre l'angine de poitrine. Ce document ne fut pas perdu pour moi et j'eus bientôt l'occasion d'en tirer parti : voici dans quelle circonstance :

Obs. I. Le nommé Foucher, âgé de 66 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution sèche et débile, entra à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Anne, le 29 août 1847, pour se faire traiter d'une maladie très-pénible, remontant à huit mois par son invasion et présentant les caractères suivants : Douleurs aiguës se manifestant par accès dans la poitrine, surtout au niveau du cœur et dans le bras gauche. Ces douleurs sont comparées par le malade à un sentiment de forte constriction de la poitrine, déterminant une vive angoisse et une oppression marquée.

Les crises durent environ une demi-heure et reparaissent une ou deux fois par jour. Elles se manifestent souvent d'une manière brusque et violente quand Foucher monte des escaliers, et le forcent à s'arrêter : des palpitations se font quelquefois sentir, mais elles sont rares et jamais très-fortes : par fois les malléoles sont un peu œdématiées ; mais ce symptôme n'est jamais tranché. En présence d'un pareil ensemble de symptômes, je crus d'abord qu'ils étaient dépendants d'une altération du cœur. J'examinai alors cet organe avec le stéthoscope, afin de préciser la lésion et je fus étonné d'entendre des battements très-normaux par leur régularité, leur énergie et leurs bruits. Malgré le caractère négatif des signes fournis par l'auscultation, l'enflure des pieds me fit penser que j'avais affaire à une affection organique du cœur, et d'après cette idée, je prescrivis pendant quelques jours les préparations de digitale, unies à l'eau de laurier-cerise ou au cyanure de potassium. Cette première prescription fut complétement inefficace. Alors je partis de cette idée que la maladie de Foucher pouvait bien être une névrose simple du cœur et des plexus pulmonaires, une espèce d'angine de poitrine, et alors j'administrai des potions dans lesquelles entraient la liqueur d'Hoffmann et la cyanure de potassium, et j'appliquai sur la région du cœur un emplâtre d'extrait de belladone, de digitale et de camphre ; mais ces moyens ne furent pas suivis d'un meilleur résultat.

Plus tard, comme les douleurs étaient extrêmement vives, je fis appliquer un vésicatoire sur leur siége principal et je fis absorber de la morphine qui donna un peu de calme ; mais ce mieux fut très-passager. Ensuite, j'eus recours au valérianate de quinine, parce que les crises paraissaient offrir une intermittence à peu près périodique, puis à un mélange de sulfate de quinine et d'éther camphré ; mais, ni les antispasmodiques, ni les

narcotiques, ni les préparations de kina ne purent triompher de ces douleurs aiguës qui revenaient toujours avec la même opiniâtreté. Nous combattîmes ainsi infructueusement pendant plus d'un mois. Au bout de ce temps, je tentai d'administrer du datura-stramonium par la méthode fumigatoire, c'est-à-dire que je fis fumer au malade des feuilles de cette plante mêlée avec partie égale de Sauge. Ce moyen procura d'abord un soulagement très-marqué ; je crus enfin avoir trouvé le remède spécifique, mais la déception vint bientôt détruire mes espérances, et il fallut encore m'adresser à d'autres médicaments. Alors, en désespoir de cause, et me rappelant le fait de guérison d'angine de poitrine obtenue par Edouard Alexander, à l'aide de l'arsenic, je me décidai à employer cette substance, et je donnai la préférence à l'acide arsénieux que j'administrai à la dose de cinq milligrammes, soit un dixième de grain. Le lendemain, le malade n'éprouva point de crise, mais le troisième jour, il en eut deux très-violentes, en sorte qu'après avoir espéré je tombai dans le découragement et je suspendis l'acide arsénieux. Je me vis obligé de revenir au datura et à l'éther camphré ; mais au bout de quelques jours je me ravisai, et pensant avoir administré une trop forte dose d'acide arsénieux (0,005 milligrammes), je résolus d'essayer encore, et j'expérimentai la liqueur de Pearson, à la dose de cinq gouttes par jour seulement unie à la liqueur d'Hoffmann. Cette fois j'eus la satisfaction de voir des efforts aussi persévérants couronnés de succès. Les crises douloureuses disparurent, le malade éprouva un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis dix mois ; je fus obligé de lui donner une portion alimentaire plus forte, et quelque temps après, il est sorti de l'hôpital dans un état très-satisfaisant. Seulement je constatai chez lui qu'à partir du moment, où il fut soumis aux préparations d'arsenic, son pouls devint petit et faible.

Cette observation m'a paru curieuse et digne d'être longuement exposée. Isolée, elle n'aurait pas d'autre valeur que celle d'un fait exceptionnel, mais rapprochée du fait d'Alexander, sa signification devient assez importante, pour permettre de conclure que, dans les névroses régulièrement ou irrégulièrement intermittentes du cœur ou des organes de la respiration, l'arsenic constitue une médication utile.

Observation d'une gastralgie caractérisée par des douleurs atroces, qui n'a pu être amendée que par les préparations d'arsenic. — Voici maintenant un autre fait qui ne me paraît pas moins digne d'intérêt :

Obs. II.—Madame C., âgée de 32 ans, d'une constitution débi-

litée par de longues souffrances, et surtout par des pertes blanches et des névralgies de la tête, accoucha, au mois de juillet 1847, de son troisième enfant. La grossesse avait été pénible, l'accouchement fut très-long, très-laborieux, et il fallut extraire l'enfant avec le forceps.

Les suites immédiates furent assez simples, mais la malade ayant commis l'imprudence de se lever trop tôt et même de faire une course en voiture le huitième jour, il survint une métrorrhagie assez abondante, que je combattis avec les astringents et l'ergot de seigle, et qui, néanmoins, dura plus d'une semaine, et jeta madame C. dans un état de faiblesse, voisin de l'anémie ; grâce à l'ergotine et à la teinture de cannelle qui fut dans ce cas d'une grande efficacité, je parvins cependant à me rendre maître de l'hémorrhagie ; mais dès que celle-ci eut cessé, et dès que j'essayai de relever les forces par une alimentation un peu réparatrice, telle que du bouillon gras et quelques potages, je vis survenir des douleurs nerveuses d'estomac qui prirent, dès leur invasion, le caractère d'une gastralgie portée au plus haut degré d'intensité. Tant que la malade ne mangeait rien, les souffrances étaient à peu près nulles, mais dès que, tourmentée par la faim (car n'ayant point de fièvre, elle éprouvait le besoin d'un régime réparateur), elle essayait de boire une tasse à café de bouillon de bœuf, ou simplement du bouillon de poulet, immédiatement après l'ingestion de ce bouillon, elle éprouvait une douleur atroce dans le creux de l'estomac, qu'elle comparait à la sensation d'une brûlure avec un fer rouge, (pyrosis). Alors elle se tordait dans son lit, pendant une heure ou deux poussait des cris aigus, et ces symptômes se renouvelaient infailliblement toutes les fois qu'elle se permettait le moindre aliment liquide ou solide; l'action même de sucer un morceau de poulet ou d'oiseau, sans l'avaler, produisait les mêmes souffrances. Je l'ai vue plusieurs fois, au milieu de ces crises; le pouls était toujours parfaitement tranquille, et la pression de l'estomac ne produisait aucune exacerbation ; au contraire, elle semblait soulager la douleur. C'était donc bien une gastralgie. Chose singulière ! c'est que, si madame C. passait trois ou quatre jours sans prendre le moindre aliment, on pouvait la croire guérie, car les douleurs disparaissaient alors complétement. Plusieurs fois nous crûmes avoir jugulé le mal ; mais dès que nous nous écartions de la diète absolue, la gastralgie reparaissait avec une nouvelle fureur. Je combattis d'abord cette maladie par la morphine à l'intérieur et par des embrocations narcotiques sur l'épigastre, et je continuai cette médication pendant une quinzaine de jours ; mais je fus

obligé d'y renoncer, parce que, à mon grand étonnement, elle était inefficace. J'employai ensuite successivement les différents antispasmodiques, la valériane, l'oxide de zinc, la liqueur anodine d'Hoffmann, l'éther camphré, les pilules de Méglin, les pilules du docteur Boiron qui m'ont souvent réussi dans les névralgies et qui sont composées de musc (deux centigrammes), extrait thébaïque (cinq centigrammes), extrait de digitale (dix centigrammes), etc., etc. A l'aide de ces substances, je parvenais bien à calmer un peu l'éréthisme nerveux de l'estomac, et à faire supporter l'eau de poulet et le bouillon de bœuf; mais je ne pus faire supporter des aliments plus substantiels, et évidemment une pareille alimentation ne pouvait suffire à une pauvre femme qui avait perdu beaucoup de sang, pendant dix jours, et qui, sans fièvre, était soumise depuis un mois à une diète absolue. Le sous-nitrate de bismuth, le carbonate de fer, n'eurent pas de meilleurs effets. Je m'adressai également aux préparations du kina, parce que madame C. avait de temps en temps, dans la nuit, des frissons et même des accès de fièvre intermittente complets, avec leurs trois stades. Je coupai la fièvre, mais la gastralgie resta. J'eus recours ensuite à l'application d'un large vésicatoire sur le creux de l'estomac et je fis administrer à l'intérieur des pilules d'extrait de noix vomique (un centigramme), et de tridace (dix centigrammes), une par jour. — Cette fois, le changement fut tellement marqué, que je me crus définitivement sur le chemin de la guérison. La malade pouvait manger non-seulement des potages, mais encore des pruneaux, de la volaille bouillie et rôtie, des côtelettes de mouton. Ce résultat me surprit peu, parce que souvent déjà j'avais prescrit, avec succès, la noix vomique dans les gastralgies. Malheureusement il fut trop court. Un jour madame C. mangea trop, les douleurs d'estomac se réveillèrent, et il fallut encore changer de médicament. Je me décidai alors à prescrire l'arsenic dans le but d'anéantir l'éréthisme nerveux de l'estomac, et je prescrivis la solution de Pearson, à la dose seulement de cinq gouttes par jour. Mon espérance ne fut pas déçue ; sous l'influence de ce médicament, la sensibilité morbide de l'estomac a rapidement diminué, et quelques jours après, madame C. put encore se remettre à manger sans que le pyrosis revînt. Le remède a été continué seulement pendant une semaine, et cela a suffi pour triompher de la gastralgie. J'aurais bien voulu le continuer plus longtemps, mais la malade n'en voulut plus : elle avait appris qu'il contenait de l'arsenic, et dès lors elle avait conçu pour lui une répugnance invincible. Elle lui trouvait un goût âcre et mauvais, et elle refusa

d'en prendre davantage. Le fait est que l'intérieur de la bouche et les gencives étaient devenus le siége de plaques rouges et enflammées, et que la sécrétion de la salive avait considérablement augmenté. Cette salivation dura seulement quelques jours et céda facilement à l'emploi de gargarismes adoucissants et astringents. Elle fut cependant assez désagréable pour la malade. Cette circonstance n'offrait rien d'ailleurs de bien particulier. J'en étais prévenu, et je savais qu'on l'avait déjà observée chez plusieurs malades après l'administration de l'arsenic à petites doses. Je constatai aussi chez madame C. ce que j'avais constaté chez le sujet de l'observation précédente, à savoir que l'arsenic avait donné au pouls un caractère de petitesse et de faiblesse très-marqué.

Plus d'un mois s'est écoulé depuis que j'ai cessé chez madame C. l'emploi de la liqueur de Pearson, et la névralgie de l'estomac n'a pas reparu. Cette malade est loin cependant d'être guérie ; et je suis même fort inquiet sur sa santé ; car depuis longtemps elle a contracté une toux sèche qui lui cause de l'insomnie et qui réclame un autre traitement. J'ai voulu seulement, dans cette observation, faire ressortir l'heureuse influence que l'arsenic avait eue sur les douleurs atroces de l'estomac, qui faisaient pousser des cris à la malade, et sur la propriété qu'avait eue ce médicament de permettre l'ingestion d'aliments substantiels, alors que l'ingestion simple du bouillon de poulet causait une sensation de fer rouge.

Je pourrais encore citer un fait qui prouve que l'arsenic, administré à faible dose, a la propriété de diminuer la sensibilité de l'estomac ; mais comme je n'ai pu suivre le malade que pendant peu de temps, j'en dirai seulement quelques mots. J'ai eu l'occasion de donner, à la salle Sainte-Anne, des soins à un jeune homme qui avait une maladie organique de l'estomac ; depuis six mois, il vomissait trois, quatre ou cinq fois par jour, des matières tantôt blanches, tantôt noirâtres, et aucun des moyens employés n'avait pu lui faire passer un seul jour sans vomir. Je constatai moi-même l'inutilité des potions anti-émétiques, de l'eau gazeuse, de la glace, du colombo, de l'extrait de jusquiame, du sous-nitrate de bismuth, du cautère à l'épigastre, etc. J'administrai la liqueur de Pearson à la dose de cinq gouttes par jour, et du premier coup six jours s'écoulèrent sans vomissement. Je continuai le médicament, et un intervalle de cinq jours de repos eut encore lieu. A cette époque il survint des coliques, je suspendis alors le médicament, avec l'intention de le reprendre un peu plus tard, mais le malade quitta la salle et je ne l'ai plus revu.

Mes expérimentations ne se sont pas bornées aux faits que je viens d'exposer. Entraîné par le conseil d'un médecin très-recommandable, rédacteur en chef d'un des journaux de médecine de Paris, qui m'avait engagé à prescrire cette substance dans les cas d'hydropisie, je l'ai administrée à trois malades affectés d'ascite considérable, mais je n'ai obtenu chez eux aucun amendement sensible, quoique l'arsenic ait été continué avec persévérance pendant un temps assez long. Je n'obtins sous l'influence de cette substance aucune évacuation salutaire, ni par les urines, ni par les selles, ni par les sueurs, mais je remarquai qu'elle était très-bien supportée.

Si peu nombreuses que soient les observations que renferme cet opuscule, on peut, je crois, en déduire :

1° Que, suivant l'opinion émise par M. Boudin, l'arsenic manié avec prudence est d'une innocuité complète et peut rendre de grands services en thérapeutique.

2° Qu'il partage avec le quinquina la propriété de couper les fièvres intermittentes.

3° Qu'on peut l'employer avec avantage dans les névroses régulièrement ou irrégulièrement intermittentes du cœur ou des organes de la respiration, comme l'angine de poitrine.

4° Qu'on peut également l'employer avec succès dans les gastralgies intenses qui ont résisté aux préparations de morphine, aux antispasmodiques, à la noix vomique, etc., et qu'il a cette propriété singulière de stimuler l'appétit et de faciliter les digestions tout en diminuant la sensibilité de l'estomac.

5° Qu'il peut amener la salivation, même à des doses extrêmement faibles. (Trois gouttes de liqueur de Pearson par jour.)

6° Qu'il paraît avoir, à ces doses minimes, une action dépressive sur la circulation, car il rend souvent le pouls petit et même misérable. — Les effets que l'arsenic m'a montrés, sous ce rapport, m'encourageraient à l'expérimenter dans le cas d'hypertrophie du cœur avec abattements énergiques, afin de diminuer la sensibilité de cet organe.

7° Que l'arsenic paraît avoir la propriété de modifier profondément non-seulement la sensibilité animale, mais aussi la sensibilité organique, propriété qui peut avoir une influence destructive sur la vie, si le médicament est administré d'une manière imprudente, mais qui peut être salutaire et purement sédative, s'il est manié avec la circonspection qu'il commande.

MALADIES DES ENFANTS. — 16. *Essai clinique sur le croup chez les enfants. — Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants Malades de Paris, pendant les années* 1846 et 1847 ; par le docteur ARSÈNE VAUTHIER, ancien interne de l'hôpital des Enfants Malades, médecin à Troyes.

(Suite : *voir* t. V, mai 1848, p. 180.)

(Archives générales de Médecine, juin 1848.)

Anatomie pathologique. — Nous considérerons successivement les fausses membranes, l'état de la muqueuse, des voies aérifères, et l'état des autres organes.

Fausses membranes. — Elles se présentent sous les formes les plus variées : tantôt elles ne consistent qu'en de simples plaques irrégulières à bords inégaux, mous, tandis que le reste de la fausse membrane est assez solide ; d'autres fois, ce ne sont, pour ainsi dire, que de simples points, comme il en existait sur les amygdales d'une petite fille du service de M. Blache. Mais la forme la plus remarquable est la forme *tubulée*, qu'elle soit complète ou incomplète, que les tubes soient longs ou courts. J'ai recueilli plusieurs de ces fausses membranes ; mon ami et ancien collègue, M. le docteur Boussi, en possède une qui constitue un véritable arbre très-ramifié. Dans un cas, on pouvait insuffler la fausse membrane qui acquérait le volume de la trachée. Nous avons vu de véritables doublures de la trachée, rejetées par l'expectoration. Souvent la forme canaliculée est très-appréciable, mais il n'y a que la moitié ou les trois quarts d'un tube. Il faut quelquefois examiner sous l'eau et avec beaucoup d'attention pour voir qu'il y a réellement un tube ; car dans certains cas, il y a de nombreuses solutions de continuité qui font ressembler la fausse membrane à un os long percé de cloaques, ou à l'étui dans lequel s'enferment ces insectes qui habitent les ruisseaux, et dont les pêcheurs se servent comme amorce. Nous avons vu une forme particulière de fausse membrane appartenant à une grosse division bronchique ; elle semblait s'être déroulée, laminée pour ainsi dire, et de sa partie inférieure partaient deux ou trois divisions qui se continuaient dans les bronches du second cordon, comme le prouva l'autopsie. La couleur des fausses membranes est ordinairement bleu jaunâtre ou verdâtre ; leur surface paraît veloutée lorsqu'elles sont sous l'eau. Cependant la couleur dépend de l'état d'organisation plus ou moins avancé, de l'épaisseur, de la solidité ou de la diffluence, etc. Elle n'est jamais d'un blanc mat que quand elle a été macérée quelque temps dans l'eau.

Les fausses membranes sont quelquefois très-solides ; dans un

cas, elles étaient si résistantes, que nous eussions pu essayer de faire des tractions sur elles avec une pierre par l'ouverture faite à la trachée (l'enfant avait été trachéotomisé), et il est probable que nous eussions éprouvé la même résistance que M. Hache dit avoir éprouvée dans un cas.

Elles peuvent être très-diffluentes, molles, flottantes, ou très-adhérentes ; quelquefois c'est à peine si l'on peut les détacher. Leur épaisseur est en général très-notable, elle ne dépasse guère celle d'une pièce de 50 centimes ; elle est rarement d'une minceur extrême, comme une feuille de papier. Leur siége peut être l'un des points quelconques du tube respiratoire, quelquefois celui-ci tout entier, comme je l'ai vu dans cinq cas. Quand elles sont limitées, c'est ordinairement au larynx et à la trachée. Quelquefois elles sont tout à fait limitées au larynx ; mais elles existent ordinairement à la fois dans le larynx et le commencement de la trachée, en tapissant le plus souvent la partie postérieure.

Leur disposition dans le larynx et la trachée est variable. Dans quatre cas, nous les avons vues obturer complétement les ventricules du larynx en enveloppant la glotte. D'autres fois, c'est à la face inférieure de l'épiglotte, au-dessus des cordes vocales, à la face supérieure de l'épiglotte et aux amygdales qu'elles sont extrêmement adhérentes. Lorsqu'elles sont diffluentes, elles sont en général séparées de la muqueuse par un peu de mucus purulent ou flottent dans une quantité plus ou moins considérable de mucosités. — Les fausses membranes laryngées et trachéennes sont accompagnées ou non de fausses membranes à l'arrière-gorge. Quand celles-ci ont existé pendant la vie, on ne les retrouve guère après la mort à cause des topiques employés. Nous en avons vu qui semblaient avoir de la tendance à gagner les fosses nasales ; mais nous n'avons vu qu'un cas où celles-ci étaient tapissées de fausses membranes.

Relativement à leur *structure*, ce qu'on en peut dire, c'est qu'elles sont de nature fibrineuse. Quant à leur organisation véritable, nous ne pensons point qu'il y ait lieu à l'admettre. Quelques auteurs, M. Blache entre autres, y ont décrit des taches rouges, et même des vaisseaux passant de la muqueuse à la fausse membrane. Nous avons vu, dans le service de M. Blache, une fausse membrane rendue pendant la vie, semée de points rougeâtres sur sa face adhérente, et celle-ci présentant l'impression rougeâtre transversale de plusieurs espaces inter-annulaires. Mais il était facile de voir, avec quelque attention, que ce n'était que le résultat d'une impression. Mon frère, R. Vauthier, alors élève du Val-de-Grâce, a examiné cette fausse membre au mi-

croscope, et il ne lui a pas été possible de découvrir aucun vaisseau. L'examen attentif de pareilles fausses membranes nous a toujours laissé plus que des doutes sur leur organisation et sur leur vascularisation.

Nous n'avons point fait d'analyses chimiques des fausses membranes. Après les recherches de M. Bretonneau, ce genre d'examen nous paraît inutile et d'ailleurs sans importance.

État de la muqueuse.—Assez souvent la muqueuse sous-jacente aux fausses membranes est injectée, mais très-souvent on ne voit que très-peu de rougeur ou même point du tout. J'ai observé cela surtout dans les cas de l'épidémie de 1846. Quand on trouve de la rougeur, elle est ordinairement très-légère. Rosen a noté le même fait. Après la trachéotomie, quand il n'y a plus de fausses membranes, presque toujours tout est dans l'état sain. Une chose remarquable, c'est que la rougeur commence quelquefois là où commencent les fausses membranes, le reste de la trachée et du larynx étant pâle. Il est rare que les bronches ne soient pas rouges et remplies de mucosités. J'ai vu dans un cas l'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

Autres lésions. — La pneumonie est très-fréquente, mais c'est général chez les enfants. Une fois, elle était suppurée avec abcès : c'était dans un cas de trachéotomie où l'enfant avait vécu dix-huit jours après l'opération. On rencontre aussi de l'emphysème des poumons et diverses autres lésions qui ne sont pas liées au croup et qui sont accessoires.

Le cerveau et les autres organes sont généralement très-congestionnés. On trouve quelquefois au pharynx et à l'orifice supérieur de l'œsophage des pellicules blanches très-minces dues aux cautérisations pratiquées, et qui se distinguent très-bien des fausses membranes croupales. Dans un cas, je les ai trouvées s'étendant jusqu'au cardia.

Je n'ai observé qu'une fois des fausses membranes sur une plaie à l'aisselle. M. Bretonneau a constaté ce fait plusieurs fois ; nous pensons comme lui que ceci dépend d'une cause générale que nous nous garderons d'appeler *diphthérite*. C'est assurément, comme le fait remarquer M. Trousseau dans sa clinique, le plus mauvais mot que l'on ait pu proposer.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les fausses membranes des mucosités épaissies, et on peut ainsi commettre des erreurs de diagnostic ; cependant avec de l'attention, on peut les éviter.

Diagnostic du croup. — Le diagnostic proprement dit s'établit facilement à l'aide de ce que nous avons dit des symptômes. Il a pour éléments les lésions de la voix, de la respiration, la toux,

les accès, les lésions locales et les symptômes généraux. En rapprochant ces divers éléments, on parvient au diagnostic. Pour éviter des répétitions, nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce point. Nous ferons seulement une observation générale. Le diagnostic du croup est-il difficile? Pour répondre à cette question, il faudra distinguer. Si l'on avait toujours affaire à des malades comme ceux qui nous viennent à l'hôpital, non le diagnostic ne serait pas difficile. Il y aurait à peine à l'établir entre le croup et le faux croup. — Mais au début, il n'en est point ainsi. Souvent on n'a ou qu'une altération de la voix, ou une altération de la respiration, ou qu'une toux particulière, etc. Dans ces cas, le médecin prudent se tiendra sur ses gardes et devra attendre pour se prononcer. Ce qu'il doit retenir, c'est que le croup est une maladie qui lui donne le temps de revoir son malade. — Un point qu'il ne devra point négliger sous peine de s'exposer aux plus graves mécomptes, c'est l'examen de la gorge. La négligence, en pareil cas, serait une faute impardonnable.

Quant au diagnostic différentiel, nous avons à l'établir entre le croup et les maladies suivantes :

Spasme de la glotte. Mon ami et ancien collègue, M. le docteur Hérard, a bien établi (thèse inaugur, *du Spasme de la glotte* ; 1847) les différences symptomatologiques qui séparent le croup du spasme de la glotte. Dans le spasme de la glotte, la voix est naturelle, il n'y a pas de toux, pas de sifflement laryngo-trachéal, pas de fièvre, pas de fausses membranes. L'accès consiste en inspirations convulsives; il dure quelques secondes, à peine quelques minutes. Il n'y a, on le voit, rien de semblable. Avec M. Hérard, nous ne comprenons pas qu'on ait pu confondre le croup et le spasme de la glotte.

Œdème de la glotte. — L'œdème de la glotte est une maladie beaucoup plus rare que le croup. L'inspiration est difficile, sifflante, et a quelquefois beaucoup d'analogie avec celle du croup. Enfin on peut sentir avec le doigt une tumeur à l'épiglotte. Ces caractères sont peu précis, et le diagnostic peut être très-difficile, si j'en juge par un cas que j'ai observé à l'hôpital des Enfants et où une erreur a été presque forcée. La marche est un peu différente et il n'y a point de fausses membranes.

Asthme. — J'ai observé un cas d'asthme chez un enfant de trois ans. Il y a eu quelques symptômes du croup, et, dans ce cas, M. Trousseau, à première vue, a diagnostiqué un croup; mais la marche de la maladie et les caractères de l'expiration mettront en garde contre l'erreur.

Faux croup. J'ai traité de cette question dans ma thèse inau-

gurale; je n'y reviens pas ici. Je rappellerai en peu de mots que le faux croup de forme légère peut être difficilement pris pour le croup, mais qu'il n'en est pas de même des faux croups de forme grave et de forme compliquée. — Dans la plupart de ces cas, on doit sans cesse avoir présente l'idée du croup, et quelquefois l'erreur est forcée.

Bronchite, trachéite pseudo-menbraneuses. — Sous ces noms on a décrit (MM. Guersant et Fauvel notamment) une maladie qui n'a pas tout à fait les mêmes symptômes que le croup. Cette maladie est-elle bien la même que le croup? Nous sommes porté à croire le contraire avec Jurine, Royer-Collard, M. Bretonneau. Nous en avons vu un cas dans le service de M. Blache. Les symptômes étaient loin d'avoir la gravité de ceux du croup; l'enfant vomit à plusieurs reprises de longs fragments pseudo-membraneux, et elle guérit rapidement. Était-ce un croup ayant commencé par les bronches et n'ayant pas eu le temps de se localiser au larynx? C'est ce que nous ne saurions dire.

Angine couenneuse. — Y a-t-il une angine couenneuse qui n'ait pas la manière de débuter du croup, qui soit une maladie distincte du croup? Cette question offre le même embarras que la précédente. Les angines couenneuses sont très-communes eu égard au croup, et elles sont extrêmement bénignes. Il m'a semblé que les fausses membranes étaient moins solides, comme crémeuses. — Mais évidemment ceci a peu de valeur. Dans des cas semblables, il est bon de se conduire comme si l'on allait avoir affaire à un croup.

La scarlatine, la variole et la rougeole, peuvent s'accompagner d'angines graves. Dans ces cas, le diagnostic de la maladie principale ne peut laisser aucun doute.

Laryngite simple. — Le diagnostic entre le croup et la laryngite simple est plus difficile. — J'en ai observé un cas très-remarquable avec M. Hérard. Les symptômes ressemblaient beaucoup à ceux du croup, mais les accès étaient moins caractériques; la toux était éteinte, mais non métallique; il y avait enfin quelques différences qui commandaient le doute. — L'enfant mourut; la rougeur était extrêmement vive dans le larynx et la trachée.

La phthisie laryngée, l'angine de poitrine, etc., seront facilement distinguées du croup; je ne m'y arrête pas.

Pronostic. — Il est très-différent suivant les auteurs. Jurine fait du croup une des maladies les moins meurtrières, car, sur vingt-huit malades, il n'en perd que trois. Enfin, d'autres auteurs n'établissent la mort que dans la proportion d'un cinquième. Nos résultats et ceux qu'on observe en général à l'hôpital des Enfants

s'éloignent tellement de pareils succès, que nous sommes amené à nous demander quelle peut être la cause d'une si grande différence. Il est certain qu'on a guéri une infinité de prétendus croups. Certains médecins se hâtent d'annoncer un croup, soit qu'ils s'y trompent en effet, soit qu'ils soient fort aises de passer pour guérir le croup. Ces erreurs sont très-fréquentes. — On doit admettre que le pronostic du croup varie suivant les localités et surtout suivant les épidémies, comme le dit M. Guersant. On peut sans crainte avancer que le pronostic du croup est très-grave. La constitution des malades y est pour bien peu, car dans presque tous les cas les enfants sont forts et bien constitués. Les conditions hygiéniques y sont sans doute pour quelque chose aussi, mais aucun de nos enfants n'avait souffert beaucoup sous ce rapport. Cependant, sur trente-sept cas, nous comptons *trente-quatre morts* et *trois guérisons*. Vers la fin de l'année 1847, nous avons observé deux autres cas de guérison dans le service de M. Baudelocque. A quoi attribuer ce désolant résultat? est-ce un fait d'épidémie? cela dépend-il de l'hôpital des enfants? Nous examinerons cette question avec attention à propos de la trachéotomie. La maladie nous a paru assez grave pour que nous ayons pu penser que le danger venait surtout d'elle-même. Le croup est une des maladies les plus graves et les plus funestes.

Maintenant, dans un second mémoire, j'aborderai l'histoire du traitement et de la trachéotomie; je finirai par quelques considérations sur la nature du croup.

J'aurais voulu pouvoir donner toutes les observations sur lesquelles est basé ce mémoire; dans l'impossibilité où je me trouve de le faire à cause de leur étendue, j'en donnerai deux dont il n'y a point d'exemples dans la science. — Pour la trachéotomie, je donnerai à peu près toutes celles que j'ai prises en les abrégeant.

Croup survenu dans le cours d'une coqueluche; mort.

Obs. I. — Lamotte (Louise), âgée de 4 ans, entra à l'hôpital des Enfants le 15 avril 1847 (salle Sainte-Catherine, n° 13, service de M. Blache). Il paraît que cette enfant était atteinte depuis trois mois d'une coqueluche intense. Depuis trois jours, cette coqueluche s'était compliquée de croup caractérisé par de la dyspnée, la voix rauque, et des fausses membranes qui avaient été rejetées sous l'influence d'un vomitif (sulfate de cuivre). A l'époque de l'apparition du croup, un vésicatoire volant avait été appliqué à la partie antérieure du cou. Dans la nuit du 14 au 15,

la maladie prit un caractère alarmant; c'est alors qu'on conseilla l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

A son entrée (onze heures du matin), l'enfant avait une dyspnée très-grande; la face était injectée, demi-cyanosée. On entendait très-distinctement un *frôlement* particulier, indice de fausses membranes mobiles dans le larynx; le pouls était petit, fréquent. L'examen de la gorge fit voir des *fausses membranes* blanchâtres à la surface interne des amygdales. On prescrivit immédiatement une potion avec eau dist. 100 gr., tartre stibié 12 centigr. sirop d'ipéca 25 gr. Ce vomitif procura trois vomissements et fit rendre, vers trois heures de l'après-midi, une fausse membrane tubulée. A ce moment, un second vomitif semblable fut administré, puis on appliqua des sinapismes aux extrémités. Sous l'influence du second vomitif, deux vomissements eurent lieu. Dans le courant de la journée, six quintes de coqueluche, expectoration abondante de mucus spumeux. Le soir, amélioration des plus notables, la respiration était très-facile, la face non cyanosée, le pouls un peu développé, il n'y avait pas de chaleur à la peau. La voix était rauque, on ne voyait plus de fausses membranes sur les amygdales. A huit heures du soir, le râle laryngo-trachéal était très-manifeste.

Le 16 mai. Ce jour-là, l'aphonie était presque complète; 120 pulsations, 56 inspirations. Le râle laryngo-trachéal s'entendait à distance, l'inspiration était *serratique*. Petites plaques pseudo-membraneuses dans l'arrière-gorge; pas de selles. (Tis. de guimauve, looch; vomitif, lavement purgatif.) Dans la journée, les accidents parurent s'aggraver. L'enfant était très-agité, la dyspnée considérable; point d'accès de suffocation survenu spontanément. Dix quintes de coqueluche, moins longues que les jours précédents. L'aphonie se prononçait de plus en plus. Pendant les quintes, la voix perdait peu à peu de sa vibration. Quelques fausses membranes furent encore rendues, il y eut des selles. Le soir, la respiration était pénible, difficile; le souffle laryngo-trachéal s'entendait parfaitement à distance. A l'auscultation, râle sibilant et ronflant, pas de souffle, plus de fausses membranes dans l'arrière-gorge, les amygdales très-gonflées, la figure pâle, un peu cyanosée, les lèvres bleuâtres. L'enfant était immobile, dans un abattement considérable; la peau chaude, sèche, le pouls à 140, fréquent, filiforme, en un mot, tous les symptômes s'étaient aggravés et l'enfant paraissait plus affaiblie.

Le 17. Pouls faible, dépressible, 148, grand abattement. Pas de fausses membranes dans le pharynx. *Aphonie complète*; res-

piration sèche, sifflante (60 centig. de sulfate de potasse dans un looch). La mort eut lieu vers onze heures.

Autopsie. — Le larynx, la trachée, et les ramifications bronchiques, tapissés de fausses membranes molles, diffluentes, nageant au milieu d'une assez grande quantité de mucus. Ces fausses membranes tapissaient complétement toute la surface de la trachée et des bronches, en forme de tube. Leur adhérence était plus grande dans la trachée que dans les bronches. Un jet d'eau n'a suffi qu'à plusieurs reprises pour les détacher. Au-dessous des fausses membranes, la trachée était très-enflammée. La rougeur était très-manifeste et semblait s'être transmise aux fausses membranes où l'on ne voyait point de vaisseaux. Ce n'était qu'une rougeur par contiguïté. Les ventricules du larynx étaient remplis de fausses membranes, et tout à fait effacés. Les cordes vocales en étaient également recouvertes. Une chose remarquable c'est que les fausses membranes revêtaient toute la face laryngienne de l'épiglotte en s'arrêtant à son bord *d'une manière tranchée*, et en ne pénétrant point dans le pharynx. Il n'y en avait point, ni au pharynx ni aux amygdales. Les papilles caliciformes de la base de la langue étaient extrêmement développées. Pas de pneumonie. Les autres organes n'offraient rien de particulier. J'ai disséqué attentivement les deux pneumogastriques que j'ai trouvés parfaitement normaux.

Croup très-intense survenu pendant le cours d'une coqueluche grave. Mort.

Obs. II.—Champeaux (Françoise), âgée de 12 ans et demi, entra à l'hôpital le 21 avril 1847 (salle Sainte-Catherine, n° 9, service de M. Blache), pour une coqueluche assez intense avec quintes nombreuses et fatigantes, que M. Blache traita par l'administration de la belladone (poudre et extrait). Cette enfant était très-grande, très-forte, très-développée pour son âge, d'une bonne constitution. Pendant près de trois semaines, la coqueluche persiste avec la même intensité, malgré la belladone.

Le 14 mai, les quintes n'augmentèrent ni de fréquence ni d'intensité, mais il survint une grande dyspnée avec injection des conjonctives et des pommettes; la peau était chaude, le pouls fort, à 130, la respiration rude, l'expectoration abondante.

Le 15, la dyspnée augmenta, la face était injectée; les quintes augmentèrent de fréquence et fatiguèrent beaucoup l'enfant. L'expectoration était muqueuse, abondante, jaunâtre; la respiration était courte, la jeune fille semblait redouter de parler. Dans la poitrine, du râle sous-crépitant très-abondant, surtout à gauche.

Le pouls était à 140, faible. Comme l'année précédente, dans 9 cas de coqueluche, nous avions obtenu une amélioration momentanée, mais évidente, par les cautérisations pharyngiennes avec la solution ammoniacale (20 gr. d'eau, 1 gr. d'ammoniaque), M. Blache voulut essayer de ce moyen, et prescrivit une cautérisation qui fut faite le soir même.

Le lendemain 16, la respiration était courte, embarrassée, sifflante ; il y avait du râle muqueux et sibilant dans la poitrine ; la voix était altérée, la toux était sèche, sourde, voilée, le pouls à 150, filiforme. (Potion avec 10 centigr. de tartre stibié. Deux vésicatoires derrière la poitrine.) Dans la journée, le pouls s'accéléra, il y eut trois vomissements.

Le 17, la voix était presque tout à fait éteinte, la respiration accélérée, le pouls à 136. Les quintes de coqueluche étaient horribles, extrêmement fréquentes ; mais la toux et l'inspiration de la coqueluche étaient voilées, comme éteintes, et d'une sonorité métallique. (Looch blanc ; mixture avec eau dist., 60 gram. ; extr. de belladone, jusquiame et stramoine, de chaque 15 centig.).

Le 18, un peu d'amélioration. 104 pulsations seulement.

Le 19, le pouls redevient extrêmement fréquent ; 156 pulsations. La voix etait éteinte comme dans le croup. A l'inspection de la gorge, on constata, à la partie postérieure du pharynx, une large *plaque blanche*, jaunâtre, couenneuse. L'inspiration était serratique, croupale. A l'auscultation, râle laryngo-trachéal très-fort, masquant les autres bruits. (Continuation de la mixture d'hier ; frictions avec 6 gram. d'onguent napolitain sur les parties latérales du cou.)

Le 20, les fausses membranes s'étendirent un peu à droite du pharynx. L'auscultation faisait entendre un souffle marqué, surtout du côté droit. *Les quintes de coqueluche avaient complétement cessé. Aphonie complète, prostration excessive.* Cyanose considérable ; elle existait, mais légère, les jours derniers. Le pouls petit, à 160 ; les battements du cœur, tumultueux, s'entendaient dans toute le poitrine ; les inspirations extrêmement fréquentes, 80 par minute. (Sulfate de cuivre, 20 centigr. en 2 paquets ; frict. mercurielles). Il n'y eut pas de vomissements ; quelques quintes reparurent assez grasses ; un peu de toux aussi moins sèche, qui disparut peu à peu ; la prostration s'accrut, et l'enfant mourut dans la journée.

Autopsie. — Fausses membranes dans le larynx, s'étendant dans la trachée au niveau du 5e anneau. Elles étaient assez épaisses, grisâtres, solides, assez adhérentes aux parois du larynx. Au

niveau des fausses membranes, la muqueuse du larynx et de la trachée était généralement pâle, parsemée seulement de quelques taches rougeâtres; mais au-dessous du tiers supérieur de la trachée, elle était d'une rougeur très-vive. Cette rougeur s'étendait jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Dans les poumons, surtout à droite, de la pneumonie assez étendue à l'état d'hépatisation rouge. Les glandules de la base de la langue étaient très-développés. La dissection attentive des deux pneumogastriques ne nous a montré aucune altération. Les autres organes étaient un peu congestionnés.

Cette observation est, avec la précédente, du plus haut intérêt. Les cas de coqueluche à la suite de croup ne sont pas rares; mais nous ne connaissons que les deux que nous venons de donner où le croup soit survenu dans le cours d'une coqueluche. M. Blache nous a dit qu'il n'en avait jamais observé.

On voit que les quintes de coqueluche continuent avec le croup, mais qu'elles sont modifiées dans leur longueur; chez l'enfant qui fait le sujet de la 2e observation, en même temps qu'elles étaient moins longues, elles avaient augmenté beaucoup de fréquence et semblaient presque continuelles; enfin elles disparaissent peu à peu, et le croup reste seul. Quelquefois, à un moment voisin de la mort, comme dans la 2e observation, elles font une réapparition. La coqueluche est-elle la cause du croup dans ces cas? cela ne paraît point douteux dans la 1er observation; dans la 2e, on pourrait peut-être accuser la cautérisation pharyngienne; mais je pense qu'elle n'a éte tout au plus qu'une cause d'accélération dans la marche de la maladie; car les accidents avaient débuté avant l'époque où elle fut pratiquée. Cependant le croup ne se dessine bien qu'à dater de ce moment.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. *Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate;* par le docteur CIVIALE.

(Suite : *voir* t. V, mai 1848, p. 199.)

(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1848.)

Nous avons dit qu'on ne devait point hésiter à pratiquer l'incision d'un abcès de la prostate lorsque la fluctuation était indubitable et le foyer placé d'une manière favorable. L'expérience a constaté l'utilité de cette opération. Aux faits déjà connus

j'ajouterai le suivant, remarquable d'ailleurs sous d'autres rapports.

Un riche Américain, adulte, d'une constitution épuisée, fut pris, en 1842, de rétention d'urine qu'on parvint à faire cesser. Mais, avant cette époque, il éprouvait souvent des besoins plus rapprochés et plus impérieux; les urines étaient parfois sanguinolentes et contenaient soit des graviers, soit de petites écailles aplaties dont le malade avait recueilli une petite boîte : c'étaient des dépôts phosphatiques; leur nature calcaire fut constatée par M. Pelouse : il n'y avait pas d'acide urique.

Les moyens du ressort de la médecine n'ayant pas eu de succès, et les besoins d'uriner devenant chaque jour plus rapprochés, on fit plusieurs consultations. Les chirurgiens réunis furent d'avis qu'il s'agissait d'un calcul prostatique, et pendant plusieurs mois on fit d'inutiles tentatives pour extraire le corps.

Le microscope fit découvrir dans l'urine du pus mêlé à du mucus. Toujours le malade souffrait en finissant d'uriner et après avoir uriné.

L'un des consultants ne croyait pas à la pierre, et pensait qu'il s'agissait d'une induration tuberculeuse de la prostate. Cette opinion se fortifia en 1843, et parce que les tentatives dirigées contre le prétendu calcul avaient été sans résultat, et parce que la tuméfaction prostatique prit des développements. Bientôt on constata qu'il y avait une collection purulente, on crut même remarquer quelques symptômes de résorption.

On essaya d'ouvrir l'abcès par l'urèthre, mais toutes les tentatives furent inutiles. On se décida alors à inciser la prostate par le rectum ; on obtint en effet l'issue d'une certaine quantité de pus, ensuite la plaie se cicatrisa assez facilement et le malade fut envoyé aux bains de mer où la santé générale se rétablit. Mais l'état local laissait toujours beaucoup à désirer ; les besoins d'uriner étaient rapprochés ; l'urine contenait une grande quantité de muco-pus. Les accidents s'aggravèrent malgré tous les moyens auxquels on eut recours.

Je vis le malade le 13 janvier 1845, en consultation avec plusieurs confrères ; mais nous le trouvâmes dans un état d'abattement, de prostration tel, qu'il ne put répondre à aucune question. Cet état ne fit qu'empirer le lendemain et les jours suivants. Tout espoir était perdu ; on ne songea même pas à s'assurer d'où venaient le sang et le pus que l'urine contenait en abondance; la mort survint le troisième jour.

L'autopsie, à laquelle assistèrent la plupart des médecins dont les soins avaient été réclamés, fit constater l'état suivant :

1° Adhérence des petits intestins, du colon descendant et du rectum, à la face postérieure et inférieure de la vessie par une fausse membrane palmée, ayant sa base à la vessie ;

2° Le rein gauche très-petit, et transformé en plusieurs cavités contenant, les unes un liquide séreux avec des grumeaux ressemblant à des hydatides; dans l'une de ces cavités on trouva une matière caséeuse ramollie, ressemblant à du blanc-manger. Toute la substance propre du rein avait disparu ; l'urèthre était amoindri.

Le rein droit avait un volume plus considérable que nature, et contenait des abcès circonscrits et une matière sanieuse, purulente, diffuse ; l'urétère correspondant était agrandi et pouvait admettre le doigt indicateur ; son orifice vésical était aussi très-dilaté, une grosse sonde s'y engageait facilement.

3° Les parois vésicales étaient hypertrophiées, et la capacité du viscère, notablement diminuée, contenait une petite quantité d'urine noirâtre et fétide, semblable à celle que le malade rendait habituellement. Il y avait destruction complète de la membrane muqueuse de la vessie, mais il n'existait ni pierre, ni excroissance, ni tumeurs, et la prostate était atrophiée plutôt q'hypertrophiée.

4° L'urèthre ouvert par sa face supérieure était rétréci sous la symphyse pubienne. C'est à la région prostatique qu'on découvrit les principaux désordres ; sur les côtés de la crête uréthrale existaient des excavations étendues, mais peu profondes ; de là des inégalités, des bosselures, dans cette partie du canal dont l'aspect n'avait rien de normal. Mais toutes ces lésions étaient anciennes, car on voyait partout une fausse membrane organisée ; il nous fut impossible de découvrir les traces de la communication qui avait existé entre le rectum et la vessie ou le col vésical. Il nous parut que l'abcès s'était formé entre la prostate et le rectum. On ne découvrit aucun indice de calculs.

S'il fallait une nouvelle preuve de l'incertitude du diagnostic dans ces cas graves, on la trouverait dans le fait que je viens de relater brièvement ; or, il s'agissait ici d'un sujet jeune et très-maigre, chez lequel, par conséqueut, nos moyens d'exploration pouvaient être utilement appliqués.

Le sujet suivant n'offrait pas un abcès unique et volumineux, mais plusieurs collections purulentes peu étendues, et dont le contenu s'échappait par l'urèthre. Carré, âgé de vingt-neuf ans, coiffeur, d'une assez mauvaise constitution, était sujet à l'hemoptysie. Il avait eu plusieurs gonorrhées depuis l'âge de vingt et un ans, ou plutôt la première, qui avait été très-violente, ayant

résisté pendant assez longtemps aux moyens mis en usage pour la combattre, était passée à l'état chronique. De cette prédisposition il résultait que les excès en tous genres commis par le malade déterminaient à chaque instant une nouvelle phlogose aiguë dans le point de l'urèthre, où la première inflammation s'était localisée. Quoi qu'il en soit, Carré prétendait avoir eu successivement trois ou quatre gonorrhées. La dernière remontait à quatre années. C'était aussi à partir de cette époqne qu'il avait ressenti les premières atteintes des souffrances qui le tourmentaient actuellement. Il commença alors à éprouver des difficultés pour uriner ; le jet du liquide était moins gros et moins fort, l'émission, parfois douloureuse, les besoins de rendre l'urine étaient plus fréquents. Sur ces entrefaites le testicule gauche s'engorgea, et devint le siége d'une inflammation, qui se termina par résolution ; mais l'organe, qui conserva plus de volume et de dureté qu'auparavant, ne tarda pas à se phlogoser de nouveau, par suite d'un froissement auquel il fut exposé. Cette fois, la terminaison eut lieu par un abcès que l'on ouvrit, et qui rendit une assez grande quantité de pus. Le malade se rétablit promptement, et quoiqu'il continuât d'uriner avec difficulté, il négligea de se soumettre à un traitement convenable. Enfin M. Pasquier lui fit faire usage de bougies en gomme élastique, graduellement augmentées de volume, et qui restaient en place chaque jour pendant une heure. Ces moyens n'ayant produit aucun effet, on eut recours à la cautérisation, qui fut deux fois pratiquée au col de la vessie, mais sans plus de résultat. Peu de temps après, le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Blandin, qui s'assura, par le cathétérisme, de la liberté de l'urèthre, prescrivit plusieurs applications de sangsues au périnée, et détermina une éruption à l'hypogastre par l'apposition d'un emplâtre stibié. Le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois dans le même état qu'il y était entré. L'excrétion de l'urine devenant plus douloureuse et plus fréquente, et sa santé s'altérant de plus en plus, il prit le parti de se faire admettre dans le service des calculeux en 1834. A cette époque, il était obligé, tous les quarts d'heure, de faire des efforts douloureux pour ne rendre chaque fois qu'une très-petite quantité d'urine, tantôt purulente ou mnqueuse, tantôt trouble, rarement claire. Le jet était gros comme une plume de corbeau, précédé, accompagné et suivi de douleurs incisives dans la région périnéale et l'anus. Après l'expulsion des dernières gouttes, cette douleur se dissipait peu à peu, et faisait place à un sentiment de pulsation incommode. Quand le malade éprouvait le besoin d'aller a la garde-

robe, les mêmes souffrances se reproduisaient, mais plus cruelles : il était alors obligé de marcher en se courbant ; après la défécation, les douleurs persistaient encore ; le malade ne pouvait pas s'asseoir ; son sommeil était à chaque instant interrompu par la nécessité de satisfaire à des besoins pressants d'uriner. Du reste, l'appétit était bon, et il n'y avait pas de fièvre. J'essayai de combattre cet état par le traitement ordinaire des névralgies, et spécialement par l'emploi des bougies molles. J'introduisis donc une de ces bougies, qui parvint sans obstacle jusque dans la vessie ; mais son passage à la courbure de l'urèthre occasionna de vives souffrances. Au bout de cinq minutes, je la retirai ; elle rapporta à son extrémité une empreinte rugueuse et sillonnée. Le même phénomène eut lieu le lendemain, et me fit penser que le col de la vessie offrait une saillie anfractueuse produite par une lésion de la prostate. Le malade prit des bains ; je lui prescrivis un régime adoucissant, des lavements et des boissons délayantes, mais je ne dissimulai pas la gravité de l'affection, sur la nature de laquelle l'ensemble des symptômes, l'inutilité des moyens déjà employés et l'ancienneté des premiers symptômes ne permettaient de porter qu'un pronostic peu favorable. Cet état se compliqua d'une série d'accidents formidables, qui se déclarèrent peu de jours après l'entrée du malade, et qui paraissaient se rattacher à une lésion chronique du poumon droit. Le calme se rétablit néanmoins du côté droit de la poitrine, et je pus reprendre le traitement de la maladie uréthrale.

Je passai une bougie, qui pénétra dans la vessie sans que rien l'arrêtât, mais qui détermina de vives douleurs en traversant la partie prostatique de l'urèthre. Le même moyen fut continué les jours suivants, secondé par des bains, des lavements et de légers minoratifs que commandait une opiniâtre constipation. Le malade ne pouvait supporter la présence des bougies au delà de six à sept minutes. Toutefois, il n'éprouva aucun accident, et pendant un mois, un peu d'amélioration se fit remarquer dans son état. On était graduellement venu à introduire une bougie molle, n° 9. Les urines présentaient alors un aspect particulier ; elles ressemblaient à de l'amidon délayé dans de l'eau, ou à du lait caillé : elles déposaient abondamment une substance qui, séparée par la décantation, était blanche et analogue à de la craie ; les gouttes qui tombaient sur le carreau y laissaient une tache comme plâtreuse en se séchant. Cette substance était composée de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie, unis à beaucoup de matière muqueuse et à une petite quantité de matière grasse. L'état des urines resta le même pendant une quinzaine de jours. Le

testicule droit devint alors la proie d'une inflammation que les antiphlogistiques atténuèrent fort peu, et depuis l'apparition de laquelle l'émission des urines, déjà si difficile, éprouva de nouvelles entraves, qui forcèrent de suspendre l'introduction des bougies. La vessie, contractée fortement sur elle-même, pouvait à peine contenir une demi-once de liquide, en sorte que d'impérieux besoins d'expulser ce dernier reparaissaient de quart d'heure en quart d'heure; l'émission elle-même entraînait des douleurs inouïes, et elle n'avait lieu que goutte à goutte, avec des efforts considérables. Le liquide prit un aspect bourbeux; il déposait d'abondantes mucosités. L'anus et le périnée étaient, en outre, le siége de douleurs lancinantes presque continuelles. Une insomnie accablante épuisait le peu de forces qui restait encore au malade pour lutter contre tant de désordres, dont la cause apparente était un engorgement considérable de la prostate, que j'avais reconnu par la sonde et par l'introduction du doigt dans l'anus. Pour abréger cette relation déjà longue, je passe sous silence une foule de détails relatifs à un abcès qui survint aux testicules, et les accidents qui résultèrent d'une tentative de sondes à demeure dans la vessie. La mort, depuis longtemps prévue, eut lieu enfin. A l'autopsie, on trouva le rein gauche d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, mollasse, ardoisé, et garni de plusieurs petits abcès; l'autre, très-mou et comme atrophié, contenait deux kystes pleins d'une matière blanche, d'apparence cérébriforme. Les parois de la vessie avaient trois lignes d'épaisseur. Cet organe contenait deux onces d'urine purulente ; la membrane muqueuse offrait de nombreux replis et une teinte livide ; les lobes latéraux de la prostate étaient squirrheux, désorganisés, et creusés de plusieurs cellules communiquant entre elles et avec l'urèthre; ces lacunes, entrecoupées en divers sens par des brides, indiquaient la trace de plusieurs petits abcès qui, organisés comme des kystes, s'étaient ouverts et successivement vidés, en laissant échapper par l'urèthre, pendant l'émission de l'urine, la matière blanche dont j'ai indiqué la composition. Les points de la glande qui n'avaient pas été le siége d'abcès étaient durs, homogènes, lardacés; le moyen lobe n'avait point acquis de développement extraordinaire; le diamètre de l'urèthre n'offrait rien d'anormal dans la région prostatique, dont l'organisation ne différait point non plus de ce qu'elle a coutume d'être; mais la partie membraneuse était entourée d'abcès développés dans le tissu musculaire et vasculeux, sans communication avec l'intérieur du canal; les conduits éjaculateurs étaient très-dilatés, surtout à leurs orifices.

Ce cas n'est pas le seul où j'ai vu, au voisinage de la prostate, des abcès incontestablement liés aux désordres survenus dans la glande, avec ou sans communication directe entre le foyer principal de la maladie et la collection purulente consécutive. Les cas de la première espèce sont les plus graves, et l'autopsie manque rarement de faire découvrir toutes les ramifications du travail inflammatoire. Ceux de la seconde catégorie présentent moins de dangers, et peuvent même quelquefois être guéris; mais il se commet des erreurs nombreuses de diagnostic à leur égard. Dans la plupart des cas que j'ai rencontrés, l'abcès a suivi une marche analogue à ce qu'on observe quand il s'en développe une au pourtour de la partie profonde de l'urèthre, sans communication appréciable entre ce canal et le foyer. J'ai parlé de ces sortes d'abcès dans le premier volume de mon Traité pratique : je ne les rappelle ici que pour montrer leur analogie avec ceux dont je m'occupe. Ils se forment et se développent tantôt d'une manière très-lente, et tantôt brusquement, soit au périnée, soit dans l'excavation pelvienne. Souvent ils restent stationnaires pendant longtemps, et presque toujours alors on méconnaît la nature du mal. Je viens d'en observer un nouvel exemple chez un septuagénaire que j'avais lithotritié trois ans auparavant. Une tuméfaction considérable de la prostate et une irritation excessive du col vésical rendirent l'opération difficile et douloureuse ; cependant le malade guérit, ne conservant que des besoins fréquents d'uriner. Vers la fin de 1839, il se développa, sans cause appréciable, un tumeur au périnée dont la nature fut d'abord méconnue. Au moment où l'on m'appela, cette tumeur, qui était stationnaire depuis quelques semaines, avait grossi tout à coup ; la fluctuation y était manifeste. Je fis de suite pratiquer au périnée une large incision, par laquelle il s'écoula beaucoup de matière sanguinolente, avec une petite quantité de pus. Quinze jours après, on vit quelques gouttes d'urine sortir par l'ouverture ; cet écoulement continua plusieurs semaines, avec des interruptions plus ou moins longues. Si cet abcès avait été ouvert en temps opportun, l'urine ne se serait probablement point échappée par la plaie, et la guérison eût été obtenue en peu de jours. Dans la plupart des abcès au périnée ou au voisinage de l'anus où l'on peut soupçonner une liaison entre eux et l'état de l'urèthre, de la prostate ou du rectum, il faut en étudier la marche avec le plus grand soin ; car s'il est des cas où l'on puisse en différer l'ouverture, dans le plus grand nombre, on doit au contraire se hâter d'inciser la tumeur, sans attendre qu'il y ait fluctuation, comme on a coutume de le faire, dût l'incision ne donner issue qu'à de

la matière sanieuse. Il est constaté, en effet, que ces collections, d'abord circonscrites, se montrent sous la forme d'une tumeur rénitente et sans douleurs vives ; mais si l'on ne se hâte pas de les ouvrir, l'inflammation est susceptible de prendre tout à coup une grande extension et une marche très-rapide, d'où résultent de graves désordres, entre autres la communication du foyer purulent avec l'urèthre, la vessie ou le rectum. Or, la gangrène existait déjà quand on pratiqua l'ouverture du dépôt dont je viens de parler, et le malade sentit à peine l'instrument tranchant.

L'opinion de ceux qui veulent qu'on laisse ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes n'est pas mieux fondée que celle des praticiens qui attendent, pour faire une incision, le moment où la fluctuation devient manifeste. Dans l'un et l'autre cas, on donne à l'inflammation le temps de parcourir toutes ses périodes et d'entraîner des désordres qui sont ensuite au-dessus des ressources de l'art.

Ces abcès peuvent survenir pendant le traitement de la tuméfaction prostatique par les sondes à demeure, surtout quand on néglige les précautions que j'ai indiquées. Il serait difficile de déterminer si l'action, en vertu de laquelle l'instrument provoque la formation d'une collection purulente, porte sur la prostate plutôt que sur tout autre point de l'urèthre. Il est rationnel de penser que la partie prostatique en est le véritable point de départ. Mais si l'on se rappelle combien les orchites sont fréquentes dans les maladies du canal, quel qu'en soit le siége, on reconnaîtra sans doute que d'autres points de l'urèthre, notamment la courbure sous-pubienne, peuvent le devenir aussi et donner lieu à ces phénomènes morbides.

Dans les faits que je viens de citer et qui confirment ce que d'autres avaient appris, on aura remarqué : 1° que les sujets étaient jeunes plutôt que vieux ; 2° que la constitution était ou naturellement mauvaise ou accidentellement détériorée par les excès ; 3° que, dans plusieurs cas, la diathèse tuberculeuse était manifeste. Il est constaté aussi que la plupart des abcès de la prostate ont été précédés de difficultés prolongées d'uriner, suivies pour la plupart de rétentions complètes d'uriner, qui sont pour ainsi dire le terme de la maladie, et ce n'est même qu'alors qu'on a été amené à soupçonner, ou à découvrir la collection purulente. Lorsque les abcès se sont formés pendant ou à la suite des traitements des coarctations uréthrales, on a remarqué en général un cortége de phénomènes spéciaux que j'ai indiqués dans les cas relatés ci-dessus. C'est surtout après l'emploi des caustiques, soit dans l'urèthre, soit au col vésical, qu'on a vu les abcès prostatiques se former.

La coexistence fréquente des abcès de la prostate et des lésions des testicules, et surtout des coarctations uréthrales, ne saurait surprendre le praticien ; l'influence réciproque de ces organes les uns sur les autres est un fait d'observation journalière.

La réserve que je me suis imposée eu égard aux indications thérapeutiques sera parfaitement comprise de ceux qui prendront la peine de s'assurer que les signes rationnels sont obscurs, insuffisants, si même ils ne manquent pas entièrement, et aussi que les moyens explorateurs sont rarement applicables.

Il y a une remarque que je ne puis me dispenser de faire au sujet des abcès méconnus de la prostate, et qui peut s'appliquer de même à d'autres états pathologiques, soit du col vésical, soit de la partie profonde de l'urèthre ou de tout autre point de l'appareil urinaire.

On parle beaucoup de phénomènes typhoïdes observés à la dernière période des maladies des voies urinaires, mais on néglige à tort de rechercher la corrélation existante entre les phénomènes et les désordres constatés par les ouvertures des corps. Cette négligence est d'autant plus regrettable que les signes rationnels d'après lesquels on se guide sont, les uns infidèles, les autres muets ou négatifs.

18. *Nouvelles études sur les luxations de l'humérus* ; par le docteur Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 26 ; 1848.)

Il est peu de maladies chirurgicales qui aient été étudiées avec plus de soin que ne l'ont été, depuis quinze ou vingt ans, les luxations de l'humérus. Les anciennes doctrines ont été ébranlées. La luxation en bas passait pour être la plus commune. M. Malgaigne a mis en doute la possibilité de ce déplacement ; cependant des faits observés dans ces derniers temps ont prouvé que la tête de l'humérus se luxait quelquefois en bas. Il est résulté des travaux de M. Malgaigne et de ceux des chirurgiens qui ont voulu faire rentrer la luxation en bas dans le cadre nosologique, qu'on a parfaitement distingué l'une de l'autre deux espèces de luxations qui avaient souvent été confondues sous le nom de luxation en bas et en avant, la luxation *sous-glénoïdienne* et la *sous-coracoïdienne*.

Les études suivies auxquelles les chirurgiens de nos jours se sont livrés sur ce point ne pouvaient manquer d'augmenter la somme de nos connaissances précises ; mais, d'un autre côté, en se livrant à ces études, certains chirurgiens ont été au delà du

vrai : ils ont suppléé à l'observation par le raisonnement, ont généralisé des faits uniques dans la science et tout à fait exceptionnels. De là des espèces de luxations qui ne peuvent être admises par une saine logique.

Je vais appeler à mon aide mes études d'amphithéâtre, mes études cliniques et les faits positifs consignés dans les annales de la science, et au moyen de tous ces matériaux, décrire autant d'espèces de luxations de l'humérus que ces différents faits me permettent d'en décrire, et établir une classification de ces luxations ; je discuterai ensuite la valeur des doctrines qui diffèrent de celles qui ressortiront de ce travail, et je terminerai par quelques considérations sur les causes, le mécanisme, le pronostic et le traitement des luxations du bras.

Article Ier. — *Description des différentes espèces de luxations de l'humérus.*

Première espèce : Luxation sous-glénoïdienne (L. *en bas*). — Dans un mémoire que j'ai adressé, en 1846, à la Société de chirurgie, et que cette société savante a daigné accueillir favorablement, je crois avoir prouvé l'existence de la luxation sous-glénoïdienne, luxation qui était, du reste, bien connue de Boyer et d'A. Cooper, qui fut décrite, en 1838, par M. Malle d'après des études sur le cadavre, l'année suivante par M. Sédillot, qui présenta à l'Académie de médecine une pièce pathologique et un dessin qui ne peuvent se rapporter qu'à cette espèce de luxation. Ces deux chirurgiens crurent, il est vrai, l'un et l'autre avoir découvert une espèce nouvelle ; mais M. Sédillot écrivit avec raison à l'Académie, le 31 juillet 1838, que la luxation de M. Malle n'était autre que celle en bas de Monteggia, de Boyer et d'A. Cooper. M. Malle aurait pu avec autant de raison dire la même chose de la luxation de M. Sédillot.

Dans mon mémoire, j'apportais, comme preuves nouvelles de l'existence de cette luxation qu'il fallait réhabiliter, quatre faits cliniques récents, dont l'un avait été publié par M. Robert, un autre par M. Guépratte, et les deux autres m'appartiennent. A ces quatre faits, qui ne pouvaient laisser place au doute, j'en puis joindre un cinquième que j'ai observé plus tard, et qui est aussi clair que les autres ; le voici en peu de mots.

Obs. I. — *Luxation sous-clénoïdienne ; réduction facile par le procédé de Mothe.* — Une femme de 75 ans, maigre et faiblement musclée, fait une chute dans la rue, le 10 juin 1846 ; elle tombe sur le côté *droit*. Un passant la relève en la prenant par le bras *gauche*. Rentrée chez elle, cette femme ne peut plus se servir de

son bras gauche ; elle attribue cette impuissance de mouvement et la douleur qui l'accompagne au tiraillement qu'a fait subir à son membre la personne qui l'a aidée à se relever. Cependant, le 13, elle consulte un de mes confrères, M. Blancard. Celui-ci, sachant que je me livre à des recherches suivies sur les luxations de l'humérus, pense qu'il me sera agréable d'en observer une de plus, et veut bien m'appeler auprès de la malade.

La luxation est évidente ; elle est caractérisée par les symptômes suivants, que nous notons avec soin : *l'épaule est fort abaissée* ; *l'angle inférieur de l'omoplate est saillant et rapproché de la ligne médiane* ; l'avant-bras, demi-fléchi, est soutenu par la main droite ; le coude, dirigé un peu en arrière, n'est pas très-éloigné du tronc ; on ne peut l'en rapprocher d'avantage sans faire souffrir beaucoup la malade. *L'humérus n'a subi aucune rotation sur son axe.* Le moignon de l'épaule est sans relief ; les doigts le dépriment profondément sur le creux glénoïdien, qui est vide. Le membre présente un aspect grêle et tiraillé. Mesuré de l'angle acromial à l'épicondyle, il ne présente qu'un allongement d'un centimètre ; mais la paroi antérieure de l'aisselle est allongée de 14 millimètres. *La région sous-claviculaire est notablement déprimée.* Nous distinguons bien, avec les doigts, l'apophyse coracoïde. *La tête de l'humérus n'est ni au-dessous ni au côté interne de cette saillie osseuse.* Je ne la distingue pas nettement à travers la partie externe des muscles pectoraux ; mais je la trouve *superficiellement placée vers la partie postérieure du creux axillaire, où elle arrête ma main.*

Réduction par le procédé de Mothe. — *Le bras est élevé, sans difficulté, parallèlement au cou*, et, à la première tentative, la réduction s'opère avec un claquement sensible et presque sans douleur.

En voilà assez sur la possibilité de la luxation sous-glénoïdienne ; on l'admettra, je pense, sans difficulté dans le cadre nosologique ; étudions-la maintenant.

Anatomie pathologique. — Dans cette luxation, la capsule, déchirée à sa partie inferieure, reste intacte à sa partie supérieure. La tête de l'humérus repose sur une facette plane, large de 12 à 15 millimètres à sa partie supérieure, située entre le bord axillaire de l'omoplate et la fosse sous-scapulaire, facette qui regarde en avant et en dehors, s'étend supérieurement sur le col de l'omoplate jusqu'au bord inférieur de la cavité glénoïde, et donne attache à quelques minces faisceaux du muscle sous-scapulaire. La tête de l'humérus se trouve là, au-dessous de la cavité glénoïde, au devant du bord axillaire de l'omoplate et de l'inser-

tion supérieure de la longue portion du triceps, coiffée en dedans et en avant par le tendon du muscle sous-scapulaire. Elle est, dans ce sens, en rapport avec la troisième côte et le troisième espace intercostal. Il existe un intervalle de 2 ou 3 centimètres entre la tête humérale ainsi déplacée et l'apophyse coracoïde. La partie supérieure de la capsule, le ligament coraco-huméral et le muscle sus-épineux, fortement tendus, fixent l'humérus et l'omoplate dans leurs nouveaux rapports, de telle manière que ces deux os semblent n'en faire qu'un. Aussi, dans la luxation récente, le coude est-il fort écarté du tronc ; mais si la luxation existe depuis plusieurs jours, le bras, entraîné par son poids, se rapproche du tronc, entraînant à son tour l'omoplate, qui subit un mouvement de bascule ayant pour effet l'abaissement de l'angle glénoïdien, tandis que l'angle inférieur se rapproche de l'épine dorsale et soulève les téguments (voyez obs. I).

Dans les cas où la partie supérieure de la capsule est courte, elle détermine souvent, par sa résistance, la rentrée de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde, comme je l'ai vu bien des fois sur les cadavres qui servaient à mes expériences, et chez lesquels la réduction s'opérait dès que le membre, livré à son poids, retombait sur le côté. C'est là, peut-être, la cause principale de la rareté des luxations sous-glénoïdiennes.

On peut imprimer à la tête de l'humérus luxée en bas, sur le cadavre, de légers glissements d'arrière en avant et d'avant en arrière sur la facette sous-glénoïdienne.

Voici du reste les symptômes de cette luxation :

Allongement considérable du membre.

Le bras est dirigé en dehors et quelquefois un peu en avant, d'autres fois, un peu en arrière.

Le coude est très-éloigné du tronc ; on ne peut essayer de l'en rapprocher sans occasionner de très-vives douleurs (1).

Il existe sous l'acromion un grand vide sur lequel le deltoïde est tendu, et dans lequel on peut engager, par la pression, les chairs du moignon de l'épaule.

Les muscles deltoïde, biceps et triceps, fortement tendus, paraissent avoir perdu en épaisseur ce qu'ils ont gagné en longueur : d'où l'aplatissement du moignon de l'épaule, l'aspect roide et amaigri du membre.

Le moignon de l'épaule est abaissé ; l'angle inférieur de l'omoplate,

(1) *N. B.* Chez le sujet de la première observation, le coude était peu distant du tronc ; c'est que la luxation existait depuis trois jours quand j'ai vu la malade, et que le membre, faiblement soutenu par des muscles sans énergie, avait été entraîné par son poids et s'était rapproché de la poitrine ; mais le bras n'avait pu s'abaisser sans entraîner l'omoplate, et imprimer à cet os un mouvement de bascule qui avait eu pour effet d'abaisser fortement l'angle glénoïdien, en rapprochant l'angle inférieur de la ligne médiane.

rapproché de l'épine dorsale, fait, en arrière, une saillie anormale.

La paroi antérieure de l'aisselle, déprimée et aplatie, présente un allongement égal à celui du bras, si le coude est porté directement en dehors, tandis que, avec le mode de mensuration usité, qui se pratique de la base de l'acromion à l'épicondyle, elle paraît plus allongée que le membre, si le coude est porté en dehors et en arrière, moins allongée si le coude est porté en dehors et en avant.

A travers l'épaisseur de la partie inférieure de cette paroi, on peut, en palpant, reconnaître la tête de l'humérus, qui, le plus souvent, ne la soulève pas.

La tête de l'humérus, située superficiellement dans le creux de l'aisselle, plus près du bord postérieur de cette fosse que de son bord antérieur, est en rapport, en arrière, avec la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate, en dedans, avec la paroi thoracique, arrête la main qu'on voudrait engager dans l'aisselle, et est séparée de l'apophyse coracoïde par un intervalle qui varie de 2 à 3 centimètres.

Enfin, en agissant sur la partie supérieure du bras, on peut imprimer à la tête de l'humérus de légers glissements d'arrière en avant et d'avant en arrière sur la facette sous-glénoïdienne de l'omoplate. Je n'ai constaté encore ce glissement que sur le cadavre ; mais il doit exister aussi sur le vivant, et, dans ce cas, ce sera un signe d'une grande valeur ; car il ne saurait exister dans les autres espèces de luxations de l'humérus.

Ce glissement borné de la tête de l'humérus n'a aucun rapport avec l'*extrême mobilité en tous sens*, que présentait l'extrémité supérieure de l'os du bras chez un malade de Desault, qui passa pour avoir une luxation en bas ; mais qui avait, en réalité, une fracture du col de l'humérus, et non une luxation. C'est cependant d'après ce fait, appuyé peut-être de quelques données théoriques, que plusieurs chirurgiens ont parlé *d'une grande mobilité de la tête de l'humérus en avant, en arrière, et vers la peau de l'aisselle*, symptôme qu'ils ont considéré comme un signe pathognomonique de la luxation en bas.

Deuxième espèce : Luxation sous-coracoïdienne. — Celle-ci est, sans contredit, la plus fréquente. Elle a été évidemment confondue, dans une foule de cas, avec la luxation sous-glénoïdienne. La plupart des faits de luxations non réduites de l'humérus, suivies d'articulations contre nature, dont on trouve la description dans les annales de la science, se rapportent à la luxation sous-coracoïdienne. Cette espèce de luxation, décrite sous le nom de *luxation incomplète*, par A. Cooper, qui la considérait comme beaucoup moins fréquente que la luxation axillaire, présente les caractères suivants :

Anatomie pathologique. — La tête de l'humérus, sortie de la

cavité glénoïde à travers une déchirure que présente en avant la capsule, est venue se placer sur la face antérieure du col de l'omoplate, sous l'apophyse coracoïde, en s'éloignant plus ou moins de la cavité glénoïde (luxation complète ou incomplète). Les parties supérieure, postérieure et inférieure de la capsule, les différents muscles qui s'insèrent aux deux tubérosités de l'humérus, sont, le plus souvent, intacts ; et ce sont les parties supérieure et postérieure de la capsule, le ligament coraco-huméral et les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond qui déterminent l'inclinaison de l'humérus en dehors et en arrière, et la rotation par laquelle la tête de cet os est dirigée en avant, rotation qui n'est pas toujours bien prononcée, qui n'est même pas constante. Voici, du reste, une description d'après nature de ce déplacement :

Autopsie faite à l'hôpital Meath ; par M. M'Namara.

« La luxation n'était accompagnée de la rupture d'aucun « muscle, ni de la séparation d'aucun des tendons qui s'insèrent « à l'os... Les muscles pectoraux étant enlevés, on vit la tête de « l'os logée sur le col de l'omoplate, à la racine de l'apophyse « coracoïde, mais très-près de l'échancrure du bord supérieur de « l'omoplate. Elle avait passé à travers une déchirure du liga- « ment capsulaire, située au-dessus du bord supérieur du tendon « du pré-scapulaire, en détachant les connexions de ce muscle, « qui, dans cet endroit, sont peu fortes, avec la surface interne « du scapulum, refoulant ses fibres en bas, de manière à former « une anse qui embrassait le col de l'os. Les muscles sus et sous- « épineux étaient tendus, mais non déchirés. On peut voir distinc- « tement l'ouverture de la capsule, à travers laquelle la tête de l'os « s'était échappée, lorsqu'on replaça cette dernière. Le ligament « capsulaire était détaché dans toute la longueur du bord in- « terne de la cavité glénoïde. L'ouverture qui en résultait était « limitée en haut par le tendon du sus-épineux, en bas par celui « du pré-scapulaire. Elle se continuait jusqu'à la racine de la « petite tubérosité de l'humérus, et n'avait que l'étendue suffi- « sante pour livrer passage à la tête de l'os. La partie inférieure « du ligament capsulaire, c'est-à-dire la partie correspondant à « l'aisselle, était intacte. »

Symptômes. — *Le membre est allongé de 6 à 8 millimètres seulement. L'inclinaison du coude en arrière peut faire paraître l'allongement nul, si on mesure les membres à leur partie postérieure ; mais la paroi antérieure de l'aisselle est toujours allongée.*

Le bras est dirigé en dehors et en arrière.

Le coude est séparé du tronc par un intervalle assez grand, mais moindre que dans la luxation sous-glénoïdienne.

L'humérus présente une rotation en dehors plus ou moins marquée. Ce symptôme n'est pas constant.

Creux sous-acromien prononcé, surtout quand on explore la région par sa partie postérieure.

Le deltoïde est tendu verticalement sur ce creux, dans lequel on peut l'engager profondément par la pression.

La tête de l'humérus fait saillie immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde ; les doigts explorateurs portés dans l'aisselle remontent assez haut dans cette cavité avant de rencontrer la tête humérale, qui ne les arrête pas, comme dans la luxation sous-glénoïdienne.

Troisième espèce : Luxation intra-coracoïdienne.

C'est la luxation en haut des anciens, la luxation en avant de J.-L. Petit et d'A. Cooper, la luxation en haut et en avant de Desault. Voici la description anatomique que donne A. Cooper de ce déplacement, d'après M. A. Key, et une pièce pathologique présentant un cas de luxation fort ancienne, que ce dernier chirurgien a déposée au Musée de l'hôpital Saint-Thomas, de Londres : « La « tête de l'humérus appuie sur le col et la partie voisine de la « face antérieure de l'omoplate, au-dessous de l'échancrure du « bord supérieur de cet os et au côté interne de l'apophyse co- « racoïde. Elle se trouve là, au-dessous de la clavicule, en con- « tact immédiat avec l'omoplate, qui présente pour la recevoir « une cavité anormale dont la surface, irrégulièrement encroû- « tée de cartilage, est entourée d'un rebord complet. La tête de « l'humérus déformée est entourée d'une capsule nouvelle et « complète ; les deux os sont donc dans un contact immédiat. « La tête de l'humérus, en se déplaçant, a détruit les attaches « du muscle sous-scapulaire, et s'est engagée sous ce muscle ; elle « est séparée des côtés par le sous-scapulaire et le grand dentelé. »

Les deux os ne sont pas toujours en contact immédiat, dans la luxation récente. Dans les nombreuses expériences que j'ai faites sur le cadavre, j'ai toujours trouvé quelques faisceaux profonds du sous-scapulaire formant une mince couche charnue interposée entre la tête de l'humérus et la fosse sous-scapulaire, ce qui explique l'absence fréquente de ce bruit de craquement, de crépitation sourde qu'on observe, quelquefois, sur le vivant, que j'ai moi-même rencontrée dans la luxation intra-coracoïdienne, et que M. Velpeau a indiquée comme existant, ordinairement, dans la luxation *sous-scapulaire*, et, quelquefois, dans la *sous-claviculaire*.

La luxation intra-coracoïdienne est toujours accompagnée de graves désordres ; ainsi sur le cadavre, je n'ai jamais pu faire

arriver la tête de l'humérus au côté interne de l'apophyse coracoïde, sans que la capsule fût entièrement déchirée, que les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond fussent très-distendus, déchirés en partie ; et je suis resté convaincu que, chez le sujet vivant, un pareil déplacement ne saurait se produire sans une déchirure complète de la capsule et une rupture des muscles qui s'insèrent à la grosse tubérosité de l'humérus, ou un arrachement de la surface de cette tubérosité. On conçoit tout ce que doit entraîner de contusion, dans les parties environnant l'articulation, ce déplacement étendu, toujours produit par un choc très-violent. Voici, du reste, une observation qui donnera une juste idée de la gravité de cette espèce de luxation :

Obs. II. — M. A.... C..., âgé de quarante ans environ, homme vigoureux, bien musclé, se trouvant dans une voiture publique qui verse dans la nuit du 6 au 7 août 1845, se luxe le bras gauche. L'accident arrive vers minuit. M. C... remonte en voiture pour se rendre chez lui, et je ne le vois qu'à neuf heures du matin.

Je trouve le malade encore vêtu. Les mouvements imprimés au membre occasionnent les douleurs les plus vives. On le déshabille immédiatement, et voici ce que j'observe : la tête est inclinée sur l'épaule gauche ; cette épaule n'est pas sensiblement déformée ; mais, en pressant sous l'acromion, j'enfonce les tissus du moignon dans le creux glénoïdien, qui est vide. Le coude, porté en dehors et un peu en arrière, ne peut être ramené vers le tronc sans de vives douleurs ; l'humérus n'a subi aucune rotation ; l'axe du bras est très-oblique ; si on le supposait prolongé en haut, il arriverait sur la partie moyenne de la clavicule. La main, portée dans le creux de l'aisselle, est arrêtée par la partie supérieure du corps de l'humérus, et n'atteint pas la tête de cet os. Le creux sus-claviculaire manque, et, malgré l'enbonpoint du malade et le gonflement survenu à l'épaule et à la partie contiguë de la poitrine, *la tête de l'humérus est reconnue à travers l'épaisseur des parties molles, au-dessous de la clavicule et au côté interne de l'apophyse coracoïde.* Une mensuration exacte donne un *raccourcissement de douze millimètres* du bras luxé. Cette mesure est prise de l'angle de l'acromion à l'épicondyle, avec la précaution de placer le membre sain dans la même direction oblique que le membre malade. La luxation intra-coracoïdienne est évidente dans ce cas.

Réduction. — Je veux tenter la réduction par les tractions directes en haut ; mais je ne puis élever le membre de plus de 20 degrés au-dessus de la ligne horizontale. Ce résultat était prévu. Je fais alors quelques tractions obliques en haut et en arrière, en confiant l'extension à un homme vigoureux qui saisit

le membre au-dessus du coude, tandis que le malade est retenu par un autre aide qui embrasse sa poitrine ; ce moyen ne réussit pas; il faut agir avec plus de force. Un drap contre-extensif placé sous l'aisselle est confié à trois aides. Deux aides plus forts font l'extension horizontale au moyen d'une serviette fixée au-dessus du poignet. La réduction a lieu à la première tentative, avec un claquement léger. Dès lors, la conformation est parfaite, le membre a recouvré sa longueur naturelle.

Les jours suivants, le gonflement de l'épaule a augmenté ; il y a eu des douleurs vives, de la réaction. Le malade a été saigné. Vers le dixième jour, nous avons commencé à imprimer des mouvements à l'articulation. Un mois entier se passe sans que le malade puisse exécuter le moindre mouvement volontaire. Le deltoïde est absolument sans action.

Dès que le gonflement s'est dissipé je constate dans la profondeur des parties, en dedans et au-dessous de l'apophyse coracoïde, l'existence d'une tumeur dure et volumineuse, qui ne peut être formée que par du sang qui s'est extravasé et coagulé entre l'omoplate et le muscle sous-scapulaire. Le membre malade est sensiblement plus long que l'autre. Quand il est livré à son poids, il s'établit entre la tête de l'humérus et la voûte acromio-claviculaire un intervalle de plus d'un centimètre..

Pour remédier à cet écartement, je fais porter au malade un appareil consistant en une pièce de cuir rembourrée qui coiffe l'épaule, sur laquelle elle est fixée par une courroie passant sous l'aisselle opposée, et une autre pièce lacée autour du coude. Des lanières naissant des bords antérieur et postérieur de la pièce scapulaire de l'appareil vont se boucler en dedans et en dehors de la pièce entourant le coude. Cet appareil simple tient la tête de l'humérus relevée sous la voûte acromio-claviculaire, et n'empêche pas les mouvements du bras. Plusieurs fois par jour le malade, s'aidant de sa main droite, porte le coude gauche dans tous les sens. Il lui est recommandé de donner le plus d'étendue possible à ces mouvements. La région deltoïdienne est frictionnée plusieurs fois par jour avec différents liniments excitants.

Le malade garde son appareil pendant quarante jours. Après ce temps la tête de l'humérus a repris et conserve ses rapports normaux avec la cavité glénoïde.

Le thrumbus amphi-coracoïdien a disparu peu à peu. Les mouvements du bras sont devenus beaucoup plus libres. Le deltoïde, qui a été évidemment paralysé pendant longtemps, a repris de l'action. Cependant, et bien qu'il se soit écoulé plus de deux années depuis l'accident, les mouvements n'ont pas repris, à beaucoup près, toute leur étendue ; l'élévation du bras est restée bornée.

J'ai publié cette observation avec des détails qui pourront paraître minutieux, parce que ce fait donne une idée de la gravité de la luxation intra-coracoïdienne, et présente un tableau exact des symptômes de cette luxation, que je vais résumer en peu de mots.

Le bras, raccourci de 8 à 12 millimètres, est dirigé en dehors et un peu en arrière. Si on supposait son axe prolongé en haut, il arriverait un peu en dedans de la partie moyenne de la clavicule.

Pas de rotation du bras.

Les muscles du bras ne sont point tendus; le moignon de l'épaule n'est pas sensiblement déformé, il n'est point aplati, comme dans les deux espèces précédentes, est, au contraire, quelquefois arrondi de haut en bas à sa partie externe, et présente seulement une légère dépression en arrière. En pressant sous l'acromion, on enfonce le deltoïde relâché dans le creux glénoïdien, qui est vide.

La paroi antérieure de l'aisselle n'est pas allongée; la dépression sous-claviculaire n'existe plus. Cette région est, au contraire, soulevée par la tête de l'humérus, qu'on reconnaît par le toucher, au-dessous de la clavicule et au côté interne de l'apophyse coracoïde.

Dans les mouvements divers imprimés à l'humérus, la tête de cet os, roulant sur la fosse sous-scapulaire, donne quelquefois lieu à un bruit sec, sorte de crépitation bien différente de celle que produit la collision des fragments dans les fractures.

Quatrième espèce. — Luxation sous-acromiale (luxation en arrière). — Celle-ci est rare. A. Cooper n'en a rencontré que deux cas en trente-huit années de pratique, et plus d'un chirurgien arrive à la fin d'une longue carrière sans avoir jamais occasion de l'observer. Plus heureux que beaucoup d'autres, j'ai pu observer, tout dernièrement, cette espèce de luxation. Je vais publier ce fait intéressant.

Luxation sous-acromiale incomplète. — Obs. III. — M. R..., magistrat, âgé d'environ 36 ans, se trouvant accidentellement à Aix, est pris le 7 juillet 1847, à cinq heures du soir, d'une attaque convulsive épileptiforme. Un domestique de l'hôtel où il était logé le retient dans ses bras et empêche ainsi sa chute. L'accès est suivi de quelque trouble de l'intelligence.

Le 8, à quatre heures du matin, on entre dans la chambre de M. R. et on le trouve avec des contusions à la face, le bras droit immobile et douloureux. Il ne se souvient pas d'être tombé du lit pendant la nuit.

Arrivé auprès du malade avec un de mes confrères, à cinq heures du matin, nous le trouvons dans le délire, la face contuse, ecchymosée, le bras droit immobile et douloureux.

La chemise enlevée, nous trouvons le bras appliqué contre le

tronc et dirigé obliquement en avant, l'avant-bras demi-fléchi, le membre dans un état de rotation qui porte l'épicondyle en avant, l'épitrochlée en arrière et la main dans une pronation exagérée. L'embonpoint du malade masque, en partie, la déformation de l'épaule ; mais, en nous aidant du toucher, nous constatons ce qui suit : la tête de l'humérus fait en arrière, sous la base de l'acromion, une saillie bien distincte; en avant et en dehors, j'enfonce avec mes doigts le deltoïde sous la voûte acromio-claviculaire. Il existe une dépression sensible, même sans pression, en avant de l'article, en dehors de l'apophyse coracoïde.

Les mouvements volontaires sont nuls.

Les mouvements communiqués, peu douloureux s'ils sont dirigés en avant, sont douloureux et très-bornés dans le sens de l'abduction et impossibles en arrière.

Les muscles des bras ne présentent pas l'aspect grêle et tendu qu'ils ont dans la luxation sous-glénoïdienne (il est vrai qu'il faut tenir compte de l'embonpoint du malade). La partie antérieure de l'aisselle n'a que sa hauteur ordinaire.

La mensuration, pratiquée de l'angle de l'acromion au sommet de l'épicondyle , donne, pour le membre luxé, un allongement d'un centimètre, allongement un peu moindre si nous mesurons de l'extrémité externe de la clavicule au même point de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Réduction. — Le malade est assis sur une chaise ; le drap contre-extensif placé sous l'aisselle est tenu par deux aides. Nous élevons le bras horizontalement en dehors. L'extension de l'avant-bras est très-douloureuse. Nous plaçons le membre en demi-flexion ; la serviette extensive est fixée au-dessus du coude. Mon confrère, M. Tacussel, homme vigoureux, fait seul l'extension. De la main droite, je saisis l'avant-bras au-dessus du poignet, et pendant l'extension je repousse avec le talon de la main gauche la tête humérale d'arrière en avant, tandis qu'avec l'autre main, agissant sur l'avant-bras demi-fléchi, j'imprime au bras un mouvement de rotation en dehors. A la première tentative, la réduction s'opère avec bruit. Dès lors, la conformation est parfaite, tous les mouvements communiqués s'exécutent sans douleur et sans difficulté. L'avant-bras demi-fléchi est soutenu par une écharpe ; le bras est fixé contre le tronc au moyen d'un bandage de corps, et le malade est replacé dans son lit.

A huit heures, deux heures et demie après la réduction, le malade est pris, sous nos yeux, d'une nouvelle attaque d'épilepsie. J'avais examiné l'épaule immédiatement avant l'accès ; je l'examine de nouveau de suite après, et je reconnais que la luxation vient de se reproduire. Nous ne croyons pas devoir procé-

der sur-le-champ à une nouvelle réduction ; mais nous revenons auprès du malade à onze heures et demie , et pendant que nous disposions notre appareil pour la réduction, une légère pression que mon confrère exerce sur la tête de l'humérus suffit pour lui faire reprendre sa place. La réduction s'opère encore avec un claquement sensible.

Avec une longue bande, nous fixons un gros tampon de linge sur la partie postérieure de l'articulation, sous la base de l'acromion. L'avant-bras est soutenu par une écharpe, et le bras est fixé contre le tronc par un bandage de corps.

La luxation ne s'est plus reproduite.

Anatomie pathologique. — Dans la luxation sous-acromiale, la tête de l'humérus se porte en arrière, à travers une déchirure que présente la capsule à sa partie postérieure. Là elle appuie sur le bord postérieur de la cavité glénoïde. La partie antérieure de la capsule tendue transversalement et le tendon du sous-scapulaire contribuent à retenir l'humérus dans un état fixe de rotation en dedans. Ce déplacement, à en juger par mes études d'amphithéâtre et d'après les faits cliniques qui ont été publiés avec des détails suffisants, serait souvent très-incomplet. L'os du bras subit, dans cette luxation, une forte rotation en dedans. La tête humérale, ainsi déplacée, est tournée en arrière, recouverte dans ce sens par le sous-épineux, le petit rond et les faisceaux postérieurs du deltoïde ; elle fait une saillie plus ou moins prononcée au-dessous de la base de l'acromion et de la partie externe de l'épine de l'omoplate.

Le déplacement sous-acromien peut exister, avons-nous dit, à des degrés différents, et de manière à constituer une luxation incomplète ou une luxation complète ; mais la tête humérale déplacée peut-elle se glisser sous l'épine de l'omoplate, loin de la cavité glénoïde, de manière à constituer une luxation sous-épineuse, qui serait à la luxation sous-acromiale ce que la luxation intra-coracoïdienne est à la sous-coracoïdienne ? Je n'ai pas pu produire la luxation sous-épineuse sur le cadavre par des pressions et des violences analogues à celles par lesquelles sont produites les luxations, et je ne connais aucun fait d'anatomie pathologique qui se rapporte à la luxation sous-épineuse.

Voici les *symptômes* de la luxation *sous-acromiale.*

L'épaule a perdu sa forme arrondie ; le moignon est aplati, excavé même en dehors et surtout en avant, au-dessous du sommet de l'acromion qui fait une saillie anormale.

Sous la base de l'acromion, derrière la cavité glénoïde, existe une saillie arrondie dans laquelle se font sentir les mouvements imprimés au bras ; c'est la tête de l'humérus.

Le bras a subi une forte rotation en dedans. Cette rotation rend la supination de la main impossible ou très-incomplète et la pronation exagérée.

Le membre, appliqué contre le tronc, est dirigé obliquement en avant ; quelquefois pourtant il est pendant sur le côté, et ne s'incline ni en avant ni en arrière. Les observations A et B des traducteurs d'A. Cooper (p. 107) nous offrent des exemples de cette dernière disposition.

Le bord antérieur de l'aisselle, entraîné par l'humérus, est incliné en arrière ; si on porte le coude en arrière, cette dépression du grand pectoral et des faisceaux antérieurs du deltoïde sur la cavité glénoïde se prononce bien davantage.

Si la longueur du membre est mesurée par derrière, on trouve un allongement notable ; mesurée par devant, l'allongement est bien moindre ou même nul.

Les mouvements, très-bornés sans doute, paraissent cependant l'être moins que dans les autres luxations du bras. Ce sont surtout les mouvements en arrière qui sont impossibles.

J'ai dit plus haut que je n'avais pas pu parvenir à produire sur le cadavre la luxation sous-épineuse. Je puis ajouter que tous les faits cliniques de luxation en arrière qui ont été publiés avec des détails suffisants, et dont j'ai pu prendre connaissance, se rapportent à la luxation sous-accromiale : tels sont plusieurs faits publiés par A. Cooper et ses traducteurs, le fait de M. Sédillot, celui de M. Janssens fils, celui que j'ai rapporté plus haut. Dans tous ces cas, nous trouvons, comme symptômes de la luxation en arrière, *la luxation du bras en dedans et le membre appliqué contre le tronc.* Le premier de ces symptômes implique l'intégrité de la partie antérieure de la capsule. Or la luxation sous-épineuse ne pourrait avoir lieu sans une déchirure complète de la capsule et sans la rupture du tendon du sous-scapulaire. Quant à la direction du membre, on peut s'assurer, par l'examen du cadavre ou du squelette, que si la tête de l'humérus se portait dans la fosse sous-épineuse, à une certaine distance de la cavité glénoïde, le bras ne serait plus appliqué contre le tronc, mais serait plus ou moins incliné en dehors.

Telles sont les espèces de luxations de l'humérus qui doivent, suivant moi, être admises. Leur diagnostic différentiel peut, dans certains cas, présenter des difficultés. Le tableau ci-joint, que j'avais dans mes cartons depuis dix-huit mois, perd de sa valeur par suite de la publication d'un tableau analogue qui se trouve dans le livre de M. Nélaton (première partie du deuxième volume, p. 365) ; cependant, comme je crois qu'il pourra aider le praticien dans les cas difficiles, je n'hésite pas à le publier.

Diagnostic différentiel des diverses espèces de luxations de l'humérus.

	Luxation sous-glénoïd.	*Luxation sous-carocoïd.*	*Luxation intra-coracoïd.*	*Luxation sous-acromiale.*
1° Longueur du membre.	Allongement considérable ; il varie de 18 à 30 millimètres.	Allongement qui varie de 8 à 15 millimètres.	Raccourcissement qui varie de 6 à 12 millimètres (signe pathognomonique.)	Allongement qui varie d'un à 2 centimètres.
2° Direction du bras.	Le bras dirigé en dehors, quelquefois un peu en avant, d'autres fois un peu en arrière, forme, avec l'axe du corps, un angle très-ouvert.	Bras dirigé en dehors et un peu en arrière. Coude moins distant du tronc que dans la luxation sous-glénoïdienne.	Bras dirigé en dehors et en arrière ; coude moins éloigné du tronc que dans les espèces précédentes.	Bras accolé au tronc, ordinairement dirigé en avant, et croisant obliquement l'axe du corps; quelquefois pendant sur le côté, sans être incliné en avant ni en arrière.
3° Rotation de l'humérus.	Rotation nulle.	Rotation quelquefois nulle, d'autres fois sensible en dehors; en ce cas, la pronation de la main est incomplète.	Rotation nulle.	Forte rotation en dedans; pronation forcée; supination très-incomplète.
4° État des muscles du bras.	Tension considérable des muscles deltoïde, biceps et triceps ; d'où aplatissement du moignon de l'épaule, aspect grêle et amaigri du membre.	Tension des muscles moindre que dans la luxation sous-glénoïdienne.	Tension des muscles nulle.	Muscles deltoïde, biceps et triceps tendus; mais moins que dans la luxation sous-glénoïdienne.
5° État de la paroi antérieure de l'aisselle.	Paroi antérieure de l'aisselle plus étendue de haut en bas que dans l'état normal, et aplatie dans toute sa hauteur ; dépression sous-claviculaire augmentée.	Paroi antérieure de l'aisselle plus étendue en hauteur qu'à l'état normal, moins que dans la luxation sous-glénoïdienne, soulevée par la tête de l'humérus au-dessous de l'apophyse coracoïde.	Pas d'allongement de la paroi antérieure de l'aisselle; pas de dépression sous-claviculaire. Cette région est, au contraire, soulevée par la tête de l'humérus.	Paroi antérieure et bord antérieur de l'aisselle entraînés en arrière. La dépression de ces parties, qui rend le sommet de l'acromion saillant, augmente si le coude est porté en arrière.

6° Mouvements volontaires et communiqués.	Mouvements volontaires nuls; le coude ne peut être rapproché du tronc. Toute tentative dans ce sens est très-douloureuse. Les mouvements imprimés en avant et en arrière sont bornés. Le mouvement d'élévation communiqué est peu douloureux, et peut être porté jusqu'au parallélisme du bras avec le cou. En agissant sur la partie supérieure du bras on peut imprimer à la tête de l'humérus de légers glissements d'arrière en avant et d'avant en arrière sur la facette sous-glénoïde de l'omoplate.	Pas de mouvements volontaires. Adduction très-bornée, mais un peu moins que dans la luxation sous-glénoïdienne. Elévation moins complète que dans l'espèce précédente; mouvements en arrière assez étendus.	Pas de mouvements volontaires. L'adduction communiquée est douloureuse, mais peut être complète. L'élévation ne peut être portée au-dessus de la ligne horizontale, sans qu'il s'opère dans l'omoplate un mouvement de bascule qui élève son angle glénoïdien. Mouvements en avant moins bornés; mouvements en arrière moins étendus que dans la luxation sous-coracoïdienne.	Mouvements communiqués en avant, assez faciles et peu douloureux, en arrière très-bornés; du reste, les mouvements du bras paraissent être moins gênés dans cette espèce de luxation de l'humérus que dans les autres (voy. A. Cooper, obs. 101 et 104; Janssens fils, *Journ. de chirurg.* de Malgaigne, 1846, p. 344).
7° Bruit de crépit., de craquem., dans les mouvem. imprimés à l'humérus.	Crépitation nulle.	Crépitation le plus souvent nulle.	Crépitation souvent appréciable : c'est un bruit sec, bien différent de la crépitation caractéristique des fractures.	Crépitation nulle.
8° Situation et rapports de la tête de l'humérus.	Tête de l'humérus située au-dessous de la cavité glénoïde, en arrière du creux axillaire et au devant du bord axillaire de l'omoplate. En déprimant la paroi antérieure de l'aisselle, on la reconnaît à 2 ou 3 centimètres au-dessous et en dehors de l'apophyse coracoïde.	Saillie de la tête de l'humérus en avant, immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde.	Le tête de l'humérus soulève le grand pectoral au-dessous de la clavicule et au côté interne de l'apophyse coracoïde.	La tête de l'humérus fait saillie au-dessous de la base de l'acromion, derrière la cavité glénoïde.

19. *De certaines tumeurs sanguines et d'une nouvelle méthode de traitement*; par M. Michel Rambaud.

(Journal de Médecine de Lyon, mai 1848.)

Sous la dénomination générique de tumeurs sanguines les auteurs comprennent un certain nombre de tumeurs de nature, d'origine et de texture diverses, qui ont pour unique caractère commun de contenir du sang. Les unes, (fongus-hæmatodes, tumeurs érectiles, nœvi), contiennent du sang artériel ou veineux ou artériel et veineux, renfermé dans ses vaisseaux propres, sonmis évidemment aux lois de la circulation générale et conservant, dans toute leur intégrité, ses propriétés physiques, chimiques et vitales; les autres (bosses sanguines, hématocèle, épanchements sanguins dans les bourses muqueuses, dans les gaînes tendineuses) contiennent sous différentes formes, à des degrés divers d'altération, mais, à peu près toujours reconnaissables, du sang amassé en foyer et jeté, suivant toute apparence, en dehors de la circulation depuis plus ou moins de temps. Les tumeurs sanguines, telles qu'on les entend aujourd'hui, peuvent donc se partager en deux classes parfaitement distinctes : Les premières, essentiellement vivantes, ne sont à proprement parler qu'un tissu nouveau très-vasculaire pouvant s'étendre indéfiniment et compromettre plus ou moins rapidement la vie. Celles de la seconde catégorie, qui seules, à notre sens, mériteraient le nom de tumeurs sanguines, sont constituées par du sang réuni en foyer dans des loges, avec ou sans parois propres. Et parmi ces dernières il convient de distinguer celles qui sont récentes, qui compliquent immédiatement la contusion (bosses sanguines) et dont le traitement se confond avec celui de cette affection, de celles déjà anciennes dont l'origine ne peut pas toujours être constatée, ce que l'on rencontre habituellement dans les bourses muqueuses, dans les gaînes des tendons ou dans le tissu cellulaire. Ce sont de celles-là seulement que nous avons à nous occuper.

Ces distinctions préliminaires établies, nous pouvons maintenant jeter un coup d'œil rapide sur la nature et l'étiologie de ces affections et sur les moyens mis en usage jusqu'à ce jour pour les combattre et les guérir; nous pourrons plus facilement ensuite faire ressortir les avantages de la nouvelle méthode que nous voulons faire connaître. On attribue généralement à la contusion, à une pression longtemps continuée, à des chocs petits et souvent renouvelés, mais toujours à une violence externe, la présence du sang dans les bourses muqueuses et dans les gaînes

des tendons. Une fois réuni en foyer et abandonné à lui-même, ce sang ne se comporte pas toujours de la même façon : tantôt il est repris en totalité par l'absorption et la tumeur disparaît après plus ou moins de temps ; tantôt il n'est résorbé qu'en partie, la fibrine reste, s'organise en grumeaux hordéiformes et la tumeur, de sanguine qu'elle était, devient une hydropisie compliquée par la présence de ces petits corps étrangers si communs et si parfaitement connus ; tantôt enfin il conserve son aspect normal, la tumeur gardant le même volume ou, ce qui est plus commun, s'accroissant lentement, c'est alors la vraie tumeur sanguine.

Dans l'état actuel de la science, il est assez difficile de se rendre compte d'une manière bien satisfaisante de cette différence que rien ne semble motiver ; on ne comprend pas pourquoi dans un cas le sang se résorbe en partie ou en totalité, et pourquoi dans l'autre il reste avec ses qualités et augmente dans la tumeur. Quand il persiste sans se dénaturer, conserve-t-il donc avec celui qui circule des connexions qui lui permettent de se revivifier à son contact et de se renouveler lentement par l'intermédiaire des capillaires? en un mot participe-t-il encore, à un degré quelconque, à la circulation générale ? Physiologiquement il n'y a que ce moyen d'expliquer le phénomène. Cette manière de voir, à laquelle manque malheureusement la sanction de l'observation directe, acquiert cependant une certaine valeur quand on considère que les tumeurs sanguines, produites par un épanchement soudain, sont celles d'où le sang disparaît le plus souvent et le plus facilement, que presque toujours, au contraire, on rencontre du sang à peu près pur et parfaitement liquide dans celles qui résultent de pressions ou de petits chocs souvent renouvelés, dans celles qui se sont produites lentement et qui croissent toujours. Si le sang se résorbe dans le premier cas, c'est que l'épanchement se fait par une plaie interne, qui, en se cicatrisant, laisse le sang extravasé complétement isolé, réduit à l'état de corps étranger, et comme tel soumis aux lois de l'absorption ; s'il persiste intégralement dans le second cas, c'est que les conditions de l'épanchement sont changées ; ici il n'y a plus de déchirure et on ne peut s'expliquer la présence du sang dans cette cavité close, à la suite de violences modérées, que par une modification accomplie dans les capillaires, modification qui, une fois produite, doit nécessairement persister et qui place le sang épanché dans des conditions bien différentes, puisqu'elle lui permet de conserver sa qualité de liquide circulant et vivant. Sous l'influence de pressions ou de chocs continus,

la membrane séreuse, par suite de changements intimes et inconnus qui s'exécutent dans son parenchyme, sécrète du sang au lieu de synovie, comme, sous l'influence d'une inflammation de cause quelconque, elle sécrèterait du pus ou même du sang. Ainsi comprises, toutes ces tumeurs sanguines, qu'elles siégent dans une bourse muqueuse ou dans une bourse synoviale d'un tendon, ne seraient que de vrais *sinus* des vaisseaux capillaires, *sinus*, où le sang circulerait lentement et incomplétement, il est vrai, mais assez cependant pour conserver sa vitalité.

Cette distinction, que nous venons d'établir entre des tumeurs d'origine si rapprochée et ayant une marche si différente, n'a encore été faite nettement par personne que nous sachions, et cependant elle importe à un haut degré comme nous verrons plus tard. Les épanchements sanguins récents suite de contusions violentes (bosses sanguines), ou déjà modifiés par l'absorption (hydropisie avec grumeaux hordéiformes) ont surtout jusqu'ici fixé l'attention des auteurs; c'est à peine si on a signalé l'affection sur laquelle nous appelons aujourd'hui l'attention et dont nous avons cherché à éclairer l'étiologie.

Il est une autre espèce de tumeur sanguine souvent confondue à tort avec les tumeurs érectiles, avec lesquelles, cependant, elle n'a que des rapports très-éloignés. Elle naît et se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans la peau. Elle est constituée par une cavité simple ou cloisonnée, creusée dans l'épaisseur des tissus, et, suivant toute apparence, dépourvue d'une membrane propre, ce qui, faute d'autres caractères, suffirait à la distinguer des kystes. Elle contient du sang liquide, de couleur et d'apparence veineuses, qui se trouve immédiatement en contact avec la face profonde de la peau qu'il soulève. Celle-ci, à part la rougeur qu'elle doit autant au sang qu'elle recouvre qu'à sa vascularisation capillaire, conserve habituellement son aspect et sa texture, quelquefois cependant la rougeur devient très-foncée et le derme lui-même distendu, étalé, aminci à un degré extrême, assez profondément modifié, perd entièrement son aspect normal et tranche vivement par sa nouvelle apparence sur les parties voisines avec lesquelles il se continue. Dans quelques cas il semble que la tumeur toute entière rougit et se gonfle comme une tumeur érectile quand on provoque l'afflux ou la stase sanguins dans les parties. Toujours molles et franchement fluctuantes, ces tumeurs croissent lentement et se reconnaissent avec assez de facilité; dans le doute, une ponction avec le trocart explorateur fixerait sûrement le diagnostic. Elles peuvent siéger partout, mais il paraît qu'on les trouve de préférence

sur le front. Ce siége de prédilection dans une partie découverte, exposée à des coups, à des froissements fréquents, dans une région où la peau n'est séparée d'un plan osseux solide, que par une mince couche de tissu cellulaire, porterait à croire que la contusion n'est peut-être pas étrangère à leur production. Toutefois nous devons avouer qu'il ne nous a jamais été possible de découvrir la moindre coïncidence, qui puisse nous mettre sur la voie de leur étiologie.

Pour établir la thérapeutique de ces tumeurs on a pris en considération, jusqu'à ce jour, plutôt leur siége et leurs apparences extérieures que leur vraie nature; et on a conseillé pour elles la plupart des moyens que d'habitude on emploie contre les hydropisies simples ou compliquées des bourses muqueuses ou des gaînes des tendons, ou contre les tumeurs érectiles. Nous passerons sous silence les topiques de toute espèce qu'on a préconisés; leur action est toujours parfaitement nulle et personne n'y pense plus aujourd'hui. La ponction, l'incision sous-cutanée suivies de la compression sont également sans aucune efficacité et ne méritent pas qu'on s'y arrête. Les vrais moyens curatifs sont ceux qui ont pour but de provoquer l'inflammation des parois de la poche et par suite son oblitération, ou bien ceux par lesquels on se propose de détruire la tumeur par le bistouri ou les caustiques : c'est-à-dire les injections irritantes, le séton, les épingles, l'incision, l'excision ou l'ablation et la cautérisation. On ne saurait nier que ces moyens ne soient, en général, très-efficaces, mais ce qui est encore plus certain que leur efficacité, c'est le danger qui accompagne toujours leur emploi, danger qui n'est, dans aucun cas, en rapport avec la gravité du mal qu'on veut guérir. La cautérisation laisse toujours des cicatrices difformes, ne peut pas toujours être maîtrisée dans son action et dépasse quelquefois le but qu'on s'est proposé. L'ablation, impossible pour les gaînes tendineuses, difficile et dangereuse pour les bourses muqueuses qui avoisinent les articulations, est toujours remarquablement grave par l'étendue et la nature des tissus mis à nu. Les injections irritantes, le séton, les épingles, l'incision, l'excision, ont souvent donné lieu à des inflammations violentes, suivies de fusées et de résorption purulentes fatales, qui ont fait regretter aux chirurgiens l'emploi de ces moyens énergiques et dangereux, pour des affections sans gravité par elles-mêmes et constituant pour les malades une gêne ou une difformité très-supportables. Ces dangers et ces inconvénients sont si flagrants qu'ils ont souvent fait reculer les chirurgiens, même les plus hardis, et que beaucoup de ces tumeurs ont été abondonnées à

elles-mêmes faute de moyens curatifs efficaces et surtout sans danger pour la vie des malades. C'était là une regrettable lacune dans la thérapeutique chirurgicale qui désormais n'existera plus ; M. Pétrequin vient de donner à cette question une solution inattendue, des plus simples et des plus heureuses. Pénétré de cette vérité que les inflammations, artificiellement provoquées dans un but de guérison ne sont dangereuses dans toutes les méthodes jusqu'ici employées que parcequ'elles dépassent le plus souvent les limites qu'on voudrait leur imposer, ou qu'elles revêtent des caractères autres que ceux qu'on prétendait leur donner, cet habile chirurgien cherchait un moyen de la maîtriser et de la diriger, lorsqu'il lui vint à l'idée de faire servir le sang, contenu dans la tumeur, à la solution de ce problème délicat. Cette considération, que toujours et partout le sang se coagule quand les parois qui le contiennent, (vaisseau ou tumeur) viennent à s'enflammer, lui fit penser que l'inverse pourrait bien être vrai ; à savoir que le sang se coagulant dans une cavité, les parois devaient s'enflammer. S'il en était ainsi, cette inflammation toute physiologique devait, selon toute probabilité, rester dans des limites convenables, fermer les vaisseaux qui versaient du sang dans la tumeur et fournir les éléments d'une réunion des parois de la poche entre elles ou avec le caillot de sang organisé à leur intérieur. On substituait ainsi à une injection irritante dont on ne peut pas calculer l'effet, à une inflammation dont on ne peut pas à l'avance déterminer la portée et la nature, un acte essentiellement naturel et physiologique et partant sans aucun danger pour les parties et pour la vie.

Restait à trouver un moyen de coaguler le sang ; cette partie essentielle et délicate du problème présentait des difficutés sans nombre. En effet, pour qu'on pût espérer le succès et tenter raisonnablement l'aventure, il fallait trouver un agent liquide, d'un petit volume, qui coagulât le sang sans l'attirer, sans se carboniser, ni le réduire à l'état de corps étranger : un agent, qui ne produisît, sur les parois de la poche, qu'une excitation modérée, un agent enfin qui pût être résorbé sans danger pour l'économie. Ces indications bien établies, M. Pétrequin avait à choisir entre un certain nombre d'acides. Tout d'abord il dut écarter les acides minéraux. Trop concentrés, ces acides devaient carboniser le sang et mortifier les parties ; et si on les étendait d'eau distillée, outre qu'il devenait extrêmement difficile de rencontrer le point précis où ils seraient suffisamment atténués pour coaguler le sang sans le carboniser, on tombait dans l'inconvénient d'avoir un liquide abondant, dont l'injection dans la tumeur ne pouvait

plus se faire sans la soustraction préalable d'une notable quantité de sang. Indépendamment de cela, les acides, même considérablement affaiblis, produisent sur les tissus une excitation assez énergique qui se traduit le plus souvent par une inflammation suppurative, accident grave qu'il fallait, dans le cas, éviter à tout prix. Les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, etc., étant condamnés à l'avance, on eut à voir si on ne trouverait pas parmi les acides végétaux un agent qui remplît les indications que nous avons énumérées plus haut. Parmi ceux de ces derniers qui pouvaient coaguler le sang, les acides acétique et citrique se présentaient en première ligne: leur action sur le sang, leur peu d'énergie, les doses qu'en peut supporter sans inconvénient, l'économie, la facilité de se les procurer, les recommandaient avant tous les autres. Tous les deux pouvaient être injectés à un haut degré de concentration qui en diminuait le volume; à cet état tous les deux devaient coaguler le sang sans le carboniser, tous les deux enfin pouvaient être résorbés sans danger et ne devaient produire qu'une irritation médiocre sur les parois de la poche. Ils paraissaient, en un mot, répondre parfaitement aux indications posées. Aussi M. Pétrequin pensa-t-il d'abord qu'il pourrait les employer indifféremment, l'un ou l'autre. Cependant comme l'acide acétique ne coagule que la fibrine du sang et non l'albumine, théoriquement on pouvait présumer que l'acide citrique qui coagule à la fois la fibrine et l'albumine réussirait mieux; du reste c'était à l'expérience à juger en dernier ressort et à dire lequel on devait préférer. A cette heure cette question est résolue pour M. Pétrequin et il a complétement abandonné l'acide acétique pour l'acide citrique, seulement il faut qu'on sache bien que ce dernier doit être employé parfaitement pur et que celui du commerce est souvent sophistiqué avec l'acide tartarique.

La théorie et le raisonnement présageaient un plein succès à la nouvelle méthode; restait à savoir si la pratique sanctionnerait ces prévisions brillantes. Les résultats, nous pouvons le dire, ont dépassé toutes les espérances; au surplus on en pourra juger par la lecture des observations suivantes. Nous en aurions pu citer un plus grand nombre; mais comme elles se ressemblent toutes, nous avons mieux aimé choisir les deux plus probantes par l'étendue et l'ancienneté du mal, par les difficultés et les complications qu'elles présentaient.

Obs. I. — Louise Berlioz, âgée de 22 ans, repasseuse, non mariée, née à Grenay (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, n° 13 (service de M. Pétrequin), le 4 mars

1846. Cette jeune fille grande, forte, bien réglée, d'un tempérament sanguin, d'une santé parfaite, porte, sur la partie antérieure et un peu latérale gauche du front, une tumeur assez régulièrement circulaire à sa base, médiocrement saillante, au total, à peu près du volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur date de 21 ans ; elle est survenue, au dire de la malade, à la suite d'une chute qu'elle fit en bas-âge et s'est développée assez rapidement : depuis, son volume n'a pas sensiblement augmenté : elle est indolente, sans chaleur, immobile, très-molle, fluctuante, irréductible ; le doigt, enfoncé perpendiculairement sur elle, déprime facilement le tégument et le liquide, arrive sur un plan inférieur à celui des parties voisines du front et sent distinctement une surface dure et rugueuse, celle du frontal mis à nu : La tumeur repose directement, selon toute apparence, sur le diploé. La peau qui la recouvre est violacée, médiocrement tendue, luisante, amincie ; si elle était d'un noir plus foncé elle rappellerait presque le cuir verni, on la dirait profondément altérée ; aux limites de la tumeur elle reprend son aspect normal. Tous les médecins, que cette malade a consultés pour cette difformité d'un aspect très-désagréable, l'ont renvoyée, sans rien tenter, lui disant, les uns, qu'elle ne guérirait jamais, les autres, qu'il était prudent pour elle d'éviter toute opération ; un seul, M. Montain a essayé très-inutilement des pommades fondantes. De fait, il était difficile avec ce que la science possède de moyens de rien tenter qui offrît quelques chances de succès.

M. Pétrequin pensa qu'il avait là une tumeur sanguine développée primitivement à la face interne du péricrâne, probablement à une bosse sanguine modifiée par le long temps qui s'était écoulé depuis son apparition. Une ponction exploratrice, pratiquée avec un très-petit trocart, donna issue à du sang noir, liquide, pailleté et offrant la plus grande analogie avec le sang des règles qui a séjourné dans le vagin et l'utérus par suite de l'imperforation de l'hymen.

Le 7, on essaya de coaguler le sang de la tumeur au moyen de la galvano-puncture. L'appareil marche mal et cette tentative reste complétement infructueuse. On laisse les épingles en place, soit pour irriter la tumeur, soit pour revenir à la charge s'il y a lieu.

Le 15. La tumeur n'a pas changé. Craignant que ce sang ne fût impropre à se coaguler sous l'influence électrique, M. Pétrequin renonce définitivement à la galvano-puncture, retire les épingles et pratique dans la tumeur, après en avoir retiré un peu de sang, une injection d'acide acétique concentré. Le trocart

enlevé, on couvre avec soin l'ouverture qui lui a livré passage avec un morceau de diachylum. Sans qu'on eût injecté plus de liquide qu'on n'avait retiré de sang, la tumeur parut immédiatement plus dure et plus tendue. L'opération cause de vives douleurs, beaucoup plus vives même qu'on ne s'y attendait.

Le 16. La malade a beaucoup souffert depuis hier et n'a pu dormir ; la tumeur est chaude et tendue ; les parties voisines sont œdématiées, la paupière supérieure gauche surtout.

Compresses d'eau blanche sur la tumeur, potion calmante pour le soir.

Le 18. La turgescence inflammatoire a diminué, la céphalalgie et les douleurs locales ont disparu. La tumeur conserve toujours sa dureté.

Le 20. Même état. On donne quelques aliments à la malade.

Le 23. L'œdème des parties voisines se dissipe. La tumeur entière paraît diminuée de volume, à gauche elle est affaissée, dure, la guérison paraît s'être accomplie dans ce point ; à droite et dans la plus grande partie de son étendue, elle reprend de la souplesse.

Le 26. Insomnie, céphalalgie. La guérison se maintient à gauche ; à droite, au contraire, la tumeur est revenue à son état primitif ; la peau dans ce point rougit et paraît vouloir s'enflammer.

Tartre stibié, 0, 10.

Le 30. Plus de douleurs. Disparition complète de l'œdème.

Le 5 avril. La portion gauche de la tumeur dans une petite étendue seulement est complétement affaissée et oblitérée. A droite la peau toujours rouge fait craindre qu'il n'y ait au-dessous une inflammation suppurative. Applications continues de glace pilée sur la tumeur.

Le 11. La portion droite de la tumeur est toujours rouge et un peu chaude ; la peau devient plus luisante et plus mince dans un point qui s'acumine.

Le 13. Même état local. La malade aujourd'hui se plaint de céphalalgie et d'insomnie. On supprime les réfrigérants.

Le 20. Douleurs à la tempe et au-dessus de l'orbite. Sinapismes aux membres inférieurs.

Le 26. Les menaces de suppuration ayant disparu et la tumeur ayant à peu près repris son aspect primitif, moins sa portion gauche qui a disparu dans une petite étendue, on ponctionne de nouveau avec un trocart à robinet, et on retire une certaine quantité de sang. Il est, cette fois, plus noir, moins fluide, mêlé de petits caillots, et on injecte jusqu'à distension de

la tumeur une solution concentrée d'acide acétique. La malade, cette fois, n'accusa aucune douleur.

Potion calmante pour le soir. Pour régime le bouillon.

Cette seconde opération ne fut suivie d'aucun des accidents, d'aucune des menaces qui avaient accompagné la première. La tumeur devint immédiatement dure, s'affaissa assez rapidement, la peau devint adhérente aux parties sous-jacentes et le premier mai on pouvait considérer la guérison comme définitive. La saillie formée autrefois par la tumeur avait à peu près disparu, la poche était complétement oblitérée, et si ce n'eût été la couleur du tégument et la trace encore visible des diverses ouvertures pratiquées à différentes reprises, la malade eût été déjà méconnaissable.

Le 3 mai, la guérison était complète et la malade sortait le 17 mai 1846 dans le plus parfait contentement.

Nous eûmes soin de prier Louise Berlioz de revenir plus tard afin qu'on pût s'assurer que la guérison se maintenait. Elle revint après 15 jours, puis après 3 mois; rien n'avait changé, sinon que le tégument reprenait sa teinte normale. Moi-même je l'ai revue encore plus tard, sans autre trace de l'horrible difformité qui faisait son désespoir et que j'avais pu apprécier à son entrée et durant son séjour à l'Hôtel-Dieu, que les cicatrices résultant des ponctions et des épingles.

C'était la première fois que M. Pétrequin appliquait sa nouvelle méthode, et la fatalité avait voulu que, pour son premier essai, il rencontrât précisément un des cas les plus défavorables sous tous les rapports, qui se pût imaginer. En effet, la dénudation du frontal, l'amincissement extrême de la peau, constituaient les conditions les plus fâcheuses. On avait à redouter, d'une part, que la peau ne pût s'enflammer suffisamment ou que s'enflammant elle ne vînt à se ramollir et à se perforer, ce qui eût tout compromis, d'autre part on pouvait craindre avec raison que l'inflammation de l'os, dépassant les limites qu'on voulait lui imposer, n'amenât son exfoliation et plus tard ne mît à nu dans une grande étendue le diploé du front. Les tissus qui formaient les diverses parois de cette poche étaient de nature différente et leur peu de vitalité, ou acquise ou naturelle, pouvait avec raison faire penser que la simple coagulation physiologique du sang ne suffirait pas à déterminer une phlegmasie adhésive suffisante pour oblitérer la tumeur. Il s'en est fallu de bien peu que tous ces accidents prévus et redoutés se réalisassent : ce n'est qu'avec une grande peine qu'on a pu empêcher l'ouverture spontanée de la peau et il a fallu revenir à deux fois à l'injection

acétique pour déterminer l'adhésion du derme aminci et décollé. En revanche le succès obtenu malgré ces conditions fâcheuses n'en était que plus décisif et plus éclatant, et désormais l'excellence de la méthode et la justesse des déductions physiologiques qui avaient guidé M. Pétrequin se trouvaient péremptoirement démontrées.

Obs. II. — Claudine Renard, âgée de 23 ans, non mariée, née et demeurant à Brignais (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 8, (service de M. Pétrequin), le 16 février 1847.

Cette jeune fille de taille moyenne, forte et bien constituée, d'un tempérament sanguin, ayant toujours vécu à la campagne, porte à la paume de la main gauche une tumeur volumineuse qui a complétement défiguré le membre, et qui le menace aujourd'hui d'impotence par ses progrès incessants. Cette tumeur date de la première enfance; d'abord d'imperceptible, elle a grossi lentement, insensiblement, sans souffrances, sans jamais s'arrêter et sans autres inconvénients que de borner de plus en plus les usages de la main et des doigts. La malade dont les occupations sont celles de la campagne ne sait à quelle cause attribuer l'origine et les progrès de son mal.

Aujourd'hui, le creux de la main est complétement effacé et se trouve remplacé par une saillie globuleuse, uniformément arrondie, dont le sommet situé au milieu de la paume est plus élevé que les éminences thénar et hypothénar, et dont la surface vient en s'abaissant mourir à la naissance des doigts, au poignet et sur les deux côtés de la main. La surface palmaire ressemble exactement, en un mot, à ce qu'elle serait si on eût placé profondément sous la peau et sous les aponévroses une petite masse arrondie, comme serait une pomme ou un peloton de fil. Sur le dos de la main, il existe, depuis quelques années seulement, deux tumeurs longitudinales, séparées par l'extenseur du *médius* et correspondant aux intervalles qui séparent le second et le troisième, le troisième et le quatrième métacarpien. Toutes ces tumeurs sont indolentes, sans changement de couleur à la peau; médiocrement tendues, fluctuantes, irréductibles; seulement la pression à la face antérieure fait saillir celles de la face postérieure et réciproquement; preuve que ces tumeurs sont formées par un liquide et qu'elles communiquent largement ensemble. La main gauche paraît plus large que la droite; le *medius*, quand les doigts sont étendus naturellement, reste un peu isolé, et en refoulant vers la paume de la main le liquide de la face dorsale, on peut, en enfonçant les doigts coiffés de la peau, apprécier un

élargissement sensible des deux espaces interosseux auxquels correspondent ces deux tumeurs. Les efforts de flexion, les doigts étant retenus, font gonfler et tendre les tumeurs dorsales et déterminent sur la tumeur de la face palmaire des dépressions correspondant aux tendons fléchisseurs. Abandonnés à eux-mêmes, les doigts, surtout l'index, le medius et l'annulaire restent un peu fléchis; si la malade cherche à les étendre, ils s'allongent un peu, mais incomplétement : le pouce et l'auriculaire se redressent comme à l'autre main. On peut cependant les étendre tous sans la moindre résistance, mais non pas sans que la malade témoigne un peu de douleur. Ils ont conservé tous leurs mouvements de flexion et d'opposition, mais non leurs forces ni leur agilité. La préhension est notablement gênée par la présence de la tumeur palmaire, qui, par son volume, borne les mouvements de flexion et occupe la place où pourraient se loger les objets saisis. L'exercice des doigts amène rapidement de la gêne et de la douleur dans la tumeur, et en définitive ce membre est en quelque sorte, depuis longtemps, condamné à un repos obligé par défaut de force, d'adresse et par la douleur qu'entraîne son exercice.

Très-évidemment cette tumeur, située profondément au-dessous des aponévroses palmaires, reposant directement sur la voûte métacarpienne, avait son siége dans la gaîne commune aux trois tendons du fléchisseur profond de l'index, du médius et de l'annulaire ; bridée en avant par la résistance des tissus fibreux qui abondent à la main, elle avait surmonté toute résistance en arrière et était venue s'épanouir sur la face dorsale en éraillant les muscles interosseux et les tissus aponévrotiques qui les renforcent et en disjoignent les têtes des métacarpiens. Une ponction exploratrice pratiquée avec un très-petit trocart donna issue à du sang, ni rouge, ni noir; mais exactement semblable à celui contenu dans les capillaires. Par son étendue, par son ancienneté, par les désordres qu'elle avait déterminés, cette affection constituait un cas des plus graves et des plus embarrassants. La malade, désolée de son impotence, demandait instamment à être débarrassée d'une infirmité qu'elle prévoyait devoir augmenter encore ; d'un autre côté, une violente inflammation venant à se développer dans cette région, on ne pouvait se dissimuler qu'on aurait à lutter contre des accidents formidables, pouvant compromettre la vie ou exiger le sacrifice du membre. Plusieurs chirurgiens et médecins, consultés par la malade avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, paraissaient en avoir jugé ainsi ; car tous avaient renvoyé Claudine Renard sans lui rien conseiller que de garder sa main comme elle était ; deux seulement lui avaient vague-

ment proposé une opération qu'ils ne lui expliquèrent pas. Encouragé par des succès et sûr au moins de l'innocuité de sa méthode, M. Pétrequin se décida, après mûre réflexion, à pratiquer dans cette tumeur une injection d'acide citrique concentrée.

Le 17 avril 1847, on plonge un trocart de petit diamètre dans la tumeur à sa face dorsale , on retire environ le tiers du sang contenu, et on le remplace par une solution concentrée d'acide citrique. Le lendemain la tumeur était dure, tendue, sensible à la pression ; les doigts étaient complétement rétractés et le moindre effort pour les redresser causait des souffrances intolérables ; la peau avait un peu rougi. La malade est tenue au lit, la main dans le repos le plus complet.

Dans les 10 jours qui suivirent, on dut administrer un purgatif et appliquer par deux fois 15 sangsues au poignet pour modérer les accidents inflammatoires qui menaçaient de prendre un trop grand développement.

Le 30 avril, toute trace d'inflammation avait disparu. La tumeur toujours dure, ne donnant plus aucun signe de fluctuation, avait déjà notablement diminué : les doigt commençaient à s'étendre et arrivaient, naturellement alors, à la demi-flexion ; mais quand on tentait de les étendre au-delà, on causait toujours de vives douleurs. Dans l'idée de hâter la résolution de la tumeur et pour aider à l'extension des doigts, M. Pétrequin, sans crainte désormais du côté de l'inflammation qui avait donné tout ce qu'on pouvait lui demander, eut recours à la compression qu'il pratiqua de la manière suivante : un tampon de charpie placé dans la paume de la main, on applique par-dessus une attelle solide, s'étendant de la partie supérieure de l'avant-bras jusqu'au-delà des doigts qu'elle dépasse, et le membre tenu dans la pronation, on fixe le tout par des tours de bande dont l'action tend à écraser la tumeur et à redresser les doigts qui sont forcés de s'allonger sur l'attelle solide. Les bandes furent d'abord médiocrement serrées afin de ne pas trop brusquer l'allongement des doigts, et d'aider seulement, en quelque sorte, à leur redressement naturel à mesure de la résorption de la tumeur. Grâce aux précautions prises, la malade supporta parfaitement cet appareil.

Le 10 mai, on l'enlève et l'on constate une amélioration très-sensible, soit pour le redressement des doigts, soit pour la diminution de la tumeur. On le remet en place en le serrant un peu plus et en augmentant le volume de la pelote de charpie.

Le 20, les doigts sont presque complétement redressés et la tumeur est réduite à un très-petit volume ; on serre encore un peu plus l'appareil.

Le 30, le redressement des doigts est complet, la tumeur a entièrement disparu : il ne reste plus qu'un peu d'empâtement dans le creux de la main qui est parfaitement reproduit, et beaucoup de raideur dans les mouvements des doigts qui ne peuvent plus se fléchir ; mais les parties ont repris leur aspect normal. On supprime l'appareil, et on engage le malade à exercer doucement sa main et ses doigts en s'aidant du membre sain.

Les mouvements revinrent rapidement, et le 3 juin, la malade quitta l'Hôtel-Dieu, ne conservant plus qu'un peu de raideur et de faiblesse dans les doigts, mais pouvant les fléchir et les étendre sans le secours de l'autre main.

Désireux d'assister jusqu'au bout à cette brillante cure, nous priâmes la malade de revenir plus tard montrer sa main. Elle revint effectivement le 17 juin ; la guérison était complète et définitive ; le membre avait repris ses fonctions, et il ne restait plus la moindre trace d'une affection que beaucoup avaient crue incurable.

On congédia définitivement Claudine Renard avec recommandation expresse de revenir s'il survenait quelque chose de nouveau à la main. Depuis, nous ne l'avons plus revue.

Après des observations si complètes et si concluantes, il serait superflu de chercher à faire ressortir les avantages de la nouvelle méthode imaginée par M. Pétrequin ; ils sont flagrants, et à moins d'un insigne aveuglement, il est impossible de les méconnaître. Des tumeurs que leur siége, sinon leur nature, rendait éminemment incommodes, dangereuses et rebelles à tout traitement, qu'on abandonnait le plus souvent à elles-mêmes, qu'un chirurgien prudent n'attaquait qu'avec une réserve excessive, qu'on ne pouvait guérir qu'au prix de périls énormes ou de mutilations pires que le mal, en s'estimant bien heureux quand les malades ne payaient pas de leur vie des tentatives, justifiées cependant par la nécessité, seront rangées maintenant parmi les affections les plus simples. On évitera désormais les mutilations, les fusées purulentes, les résorptions et tous les accidents qui accompagnaient si souvent les méthodes employées jusqu'à ce jour. Si l'on se rappelle les deux observations que j'ai citées, personne, je pense, ne songera à m'accuser d'exagération dans ce pronostic ; certes, il était difficile de rencontrer deux cas plus compliqués, plus chargés d'épreuves, plus dangereux, et dont la guérison fût plus probante pour la nouvelle méthode, que ce mémoire a pour but de faire connaître. Qui peut plus peut moins ; si les injections acétique et citrique ont réussi dans ces deux cas, à *fortiori* elles réussiront dans d'autres plus simples.

Si les iatrochimistes modernes trouvent un encouragement dans le succès de M. Pétrequin, ils y trouveront aussi cet utile enseignement, que les applications de la chimie ou de la physique à la thérapeutique chirurgicale ont besoin, pour réussir, d'être étayées d'inductions physiologiques sévères et avant tout, de ne point braver les lois de la matière vivante.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. *Quelques réflexions sur le débridement en dehors du sac dans l'étranglement herniaire.*

(Bulletin général de Thérapeutique, juin 1848.)

Le temps le plus important de l'opération de la hernie étranglée, c'est sans aucun doute le débridement, et à proprement parler, c'est même toute l'opération. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir les chirurgiens français de notre siècle et du siècle dernier lui accorder une attention toute particulière. Mais ce dont on peut être surpris, c'est qu'ils aient consacré exclusivement leur attention à l'étude de la direction à donner à l'incision ; et qu'ils n'aient pas, à l'exemple de leurs devanciers et des chirurgiens étrangers, abordé la question de la nature des parties à diviser. Cette question touche en effet d'une manière immédiate à l'étiologie de l'étranglement. Dans l'opération de la hernie étranglée, telle qu'elle est décrite aujourd'hui dans tous les livres, l'incision du sac est de rigueur ; et cependant qui ne sait, qui ne comprend que, lorsque l'étranglement est causé par l'anneau aponévrotique, l'incision du collet du sac est un véritable hors-d'œuvre, un danger de plus ajouté à l'opération, et que l'incision de l'anneau, c'est-à-dire le débridement en dehors du sac, suffirait à faire disparaître l'obstacle ? C'est donc la question du débridement en dehors du sac, de ses indications et de ses contre-indications, que nous voulons faire passer sous les yeux de nos lecteurs, et nous le ferons à propos d'un intéressant travail que vient de publier M. le docteur James Duncan, professeur de clinique chirurgicale à l'Infirmerie d'Edimbourg, et de la discussion qu'a soulevée au sein de la Société médico-chirurgicale de Londres un Mémoire sur le même sujet de M. le docteur Luke, chirurgien de l'hôpital de Londres.

Commençons par établir que la pratique du débridement en dehors du sac est une méthode entièrement française. Préconisée d'abord par Franco et Ambroise Paré, reprise ensuite par Jean-Louis Petit qui la fit sienne en quelque sorte, par la manière dont il la défendit contre ses détracteurs, cette méthode était à peu près oubliée, lorsqu'elle fut reprise par sir Astley Cooper, M. Bransby Cooper, et plus tard par M. Aston Key, qui, dans

un Mémoire publié en 1833, a présenté une exposition lumineuse de cette méthode opératoire.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir faire connaître brièvement les observations rapportées par M. Duncan. Elles serviront d'introduction et de contrôle aux réflexions qui suivent.

Hernie inguinale oblique. Étranglement datant de douze heures. Débridement en dehors du sac. Guérison.

Obs. I. — Vieillard de soixante dix ans, chez lequel existait une hernie inguinale droite, ancienne et volumineuse ; l'étranglement datait de douze heures, et le taxis avait été employé sans succès ; la tumeur était dure, tendue et extrêmement sensible à la pression. M. D. fit une incision de trois pouces de longueur, au niveau du collet de la tumeur, et mit à découvert le tendon du grand oblique. C'était l'anneau externe qui était le siége de l'étranglement, la constriction était extrêmement forte, et les bords de l'anneau étaient complétement cachés par la saillie formée par la tumeur. Le débridement fut pratiqué de la manière suivante : l'auteur divisa lentement, avec la pointe d'un bistouri, les fibres aponévrotiques, qui se laissaient couper d'autant plus aisément qu'elles étaient plus tendues. Il n'éprouva de difficulté que pour diviser les bords de l'anneau caché par la saillie de la tumeur. Il y réussit cependant, en faisant tirer en bas la tumeur, et en comprimant avec l'extrémité du doigt, immédiatement au-dessous du point où il voulait pratiquer la section. Lorsqu'il eut divisé ainsi quatre ou cinq lignes du tendon, il put se convaincre que l'étranglement était levé. Effectivement l'intestin fut réduit sans la moindre difficulté. La guérison fut extrêment rapide. La cicatrisation s'opéra presque partout par première intention.

Hernie fémorale, étranglée depuis dix-huit heures. Opération. Guérison.

Obs. II. — Un homme de soixante ans portait, depuis plusieurs années, une hernie fémorale du côté droit, qui avait toujours été réductible. Lorsque l'auteur fut appelé auprès de lui, l'étranglemant datait de dix-huit heures. La tumeur était volumineuse, et il était difficile de déterminer si c'était véritablement une hernie inguinale ou une hernie fémorale. Après des tentatives inutiles de taxis, on pratiqua une incision de trois pouces de longueur, suivant le grand axe de la tumeur, et parallèlement au ligament de Poupart ; en divisant le tissu cellulaire adipeux,

ou mit à nu quelques tumeurs graisseuses, de formes irrégulières, qui rappelaient jusqu'à un certain point les appendices épiploïques, et derrière lesquelles se trouvait un sac herniaire peu volumineux, renfermant une portion d'intestin. En tirant en bas la tumeur, on aperçut le bord de l'anneau fémoral qui exerçait une constriction. Cet anneau fut divisé avec un bistouri mousse à sa pointe, et l'on réduisit l'intestin en retenant le sac en dehors. Comme dans le cas précédent, l'amélioration fut immédiate, et la cicatrisation eût été complète en peu de jours, sans une inflammation érysipélateuse des bords de la plaie. Le malade n'en a pas moins guéri parfaitement.

Hernie fémorale. Étranglement datant de onze heures. Opération. Guérison.

Obs. III. — Un femme de trente-cinq ans portait, depuis quatre ans, une hernie fémorale qui, jusque-là, avait toujours été réductible, et qui était étranglée depuis onze heures, lorsque l'auteur fut appelé. Douleurs vives à la région ombilicale; vomissements de temps en temps; soif vive; pouls serré. On avait essayé sans succès le taxis, les lavements, l'opium, les compresses trempées dans l'éther sulfurique. L'auteur pratiqua l'opération de la manière suivante : il fit une incision en T sur la tumeur, et mit ainsi à nu les bords de l'anneau, qu'il divisa ensuite avec un bistouri à pointe mousse, de manière à lever l'étranglement. Il essaya alors de réduire l'intestin ; mais sous la pression, la tumeur s'affaissait plutôt qu'elle ne rentrait. L'auteur commençait déjà à croire que l'étranglement avait son siége au collet du sac, et qu'il lui faudrait en pratiquer l'ouverture, lorsque, en examinant le col de la hernie, il s'aperçut qu'il avait négligé de couper une bande très-étroite de tissu filamenteux. Une fois cette section opérée, la réduction fut des plus faciles. Le lendemain, on administra à la malade de l'huile de ricin, et les évacuations alvines se rétablirent. Il ne survint d'autre accident qu'une inflammation érythémateuse des bords de la plaie, et encore de peu de durée.

Hernie inguinale oblique étranglée depuis douze heures. Opération. Guérison.

Obs. IV.—Un homme de trente-huit ans était affecté, depuis plusieurs années, d'une hernie inguinale, qui avait toujours été réductible; l'étranglement datait de douze heures, lorsqu'il entra à l'hôpital. Une incision de trois pouces fut pratiquée sur le col de la tumeur, et le tendon de l'oblique externe fut mis à nu et

divisé avec un bistouri à pointe mousse. La guérison fut très-rapide, et le malade en souffrit si peu, que le lendemain il s'était levé, et qu'on eut la plus grande peine à le faire rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'on lui eût procuré un bandage convenable.

Hernie fémorale étranglée depuis trente heures. Opération. Guérison.

Obs. V.—Un homme d'une santé débile, et affecté d'accidents syphilitiques secondaires, portait une hernie fémorale, ordinairement réductible, qui était sortie depuis quarante-huit heures, et qui était étranglée depuis trente heures. Après diverses tentatives, toutes sans succès, l'auteur pratiqua une incision en T sur le col de la tumeur, mit l'anneau à nu, et le divisa comme chez la malade de l'obs. III. Soulagement immédiat ; cessation des vomissements; rétablissement des évacuations alvines. Guérison.

Hernie fémorale, étranglée depuis quarante-huit heures. Opération. Guérison.

Obs. VI. — Une dame de soixante-trois ans, d'une très-forte corpulence, fut affectée d'une hernie fémorale. Elle avait des vomissements stercoraux depuis vingt-quatre heures ; des douleurs vives dans le ventre, mais avec peu de sensibilité à la pression. Après des tentatives inutiles de taxis, le docteur D. pratiqua une assez large incision en T. sur le collet de la tumeur, et mit l'anneau à nu dans une assez grande étendue ; après l'avoir divisé, il éprouva quelques difficultés dans la réduction. Ce ne fut qu'en divisant une seconde bande fibreuse qu'il put faire rentrer l'intestin d'abord, puis l'épiploon. La malade avait été préalablement soumise à l'action du chloroforme, dans le but de produire un relâchement musculaire complet et de faciliter l'opération. Pendant l'opération, elle avait vomi en abondance des matières stercorales. Cet accident grave disparut immédiatement après la réduction de l'intestin. La guérison a été rapide.

Tels sont les faits rapportés par M. Duncan, dans le numéro de mars dernier, du *Monthly journal of medecine.* Ce chirurgien ajoute que, dans l'espace de temps dans lequel il a pratiqué ces opérations, il a eu l'occasion de pratiquer deux autres opérations de hernie étranglée, dans lesquelles il n'a pas cru devoir employer sa méthode. Dans le premier cas, c'était une vieille femme, chez laquelle l'étranglement était si ancien, que l'on devait craindre la gangrène. Il ouvrit le sac, et ne trouva plus l'intestin, qui s'était réduit, mais seulement une portion de l'épiploon. Pendant cinq jours, la malade alla assez bien. Vers le sixième jour, il

s'établit une fistule stercorale qui persista pendant quelque temps, et qui n'empêcha pas la guérison. Dans le second cas, il y avait une entéro-épiplocèle, et le sac avait été ouvert par hasard dans la première incision. Ce malade a guéri comme la précédente.

Venons aux faits de M. Luck. De 1831 à 1841, ce chirurgien n'a pas pratiqué moins de 82 opérations de hernie étranglée, dont 78 par la méthode du débridement en dehors du sac. Sur ce nombre, il en est 21 où le débridement de l'anneau n'a pas suffi pour obtenir la réduction complète des parties renfermées dans la tumeur. Or, des 57 opérés par la méthode que M. Luke appelle *méthode de Petit*, il n'en est mort que 7, ou 12 pour cent, tandis que, des 25 autres chez lesquels le sac a été ouvert, il en est mort 8, ou 32 pour cent, bien que chez les premiers l'étranglement datât de plus de 24 heures dans 11 cas.

Abordons maintenant les objections qui ont été adressées à cette méthode, ce sera le meilleur moyen d'en établir les indications et les contre-indications.

La plus forte, la plus sérieuse objection qu'on ait faite au débridement en dehors du sac, c'est celle-ci : n'y a-t-il pas à craindre qu'en débridant en dehors du sac et sans ouvrir celui-ci on ne réduise l'intestin sans avoir levé l'étranglement? Sans doute, rien de mieux établi que l'étranglement n'est pas toujours produit par l'anneau ; qu'il a souvent son siége dans le sac, soit au collet, soit plus bas dans l'intérieur même du sac. Mais est-ce là le cas le plus ordinaire? On peut répondre hardiment par la négative. L'étranglement par le collet du sac est le partage des hernies anciennes, mal contenues et mal réduites. On ne le rencontre guère dans les hernies récentes et réductibles ; mais fût-il plus commun qu'il ne l'est réellement, ce ne serait pas une raison pour renoncer au débridement en dehors du sac. L'opération par laquelle on pratique ce débridement est évidemment la même que celle dans laquelle on ouvre le sac ; seulement dans celle-ci il y a un temps de plus. Si, au moment où le sac a été mis à nu, et le débridement opéré en dehors, la réduction offre de sérieuses difficultés, on aura à rechercher si, comme dans plusieurs des observations précédentes, l'irréductibilité tient à la présence de faisceaux fibreux qui n'ont pas été divisés, ou bien à l'étranglement au collet du sac. Dans ce dernier cas, on ouvrira celui-ci et l'on se comportera comme dans l'opération ordinaire de la hernie. Cette ouverture du sac ou du péritoine, dont la plupart des chirurgiens font si bon marché, est cependant un accident grave, et d'autant plus grave que la hernie est plus ancienne et plus volumineuse. Aussi Astley Cooper avait-il posé en principe

de ne jamais ouvrir le sac dans les hernies anciennes, volumineuses et irréductibles.

On dira encore : en réduisant sans ouvrir le sac, ne peut-il pas arriver, alors que tout semble placé dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire que l'étranglement est récent, les accidents peu intenses et la gangrène peu probable, ne peut-il pas arriver qu'il y ait un commencement de gangrène? Nous laisserons répondre le célèbre chirurgien du dernier siècle, A. G. Richter (*Traité des hernies*, p. 119, 1788) : « Si le chirurgien, après « avoir décidé l'opération, fait encore une tentative ou avec la « fumée de tabac, ou avec le taxis, ou avec tout autre moyen « pour réduire, et qu'il réussisse, la hernie est réduite sans « qu'on ait ouvert le sac herniaire et les parties contenues peu- « vent être viciées. Pourquoi n'aurait-on pas à craindre ici, après « le taxis, ce qu'on craint un demi-quart d'heure plus tard dans « l'opération ? Blâmera-t-on le chirurgien d'avoir réussi dans la « dernière tentative? ou un chirurgien sensé s'abstiendra-t-il « par ces raisons de faire cette tentative ? Et ces raisons « ne devraient-elles pas aussi faire rejeter le taxis, la fu- « mée de tabac et tous les autres moyens; car ils opèrent « tous la réduction *sans que le sac herniaire soit ouvert,* et il peut « y avoir dès le premier jour de l'étranglement des parties vi- « ciées dans la hernie? » Cette crainte de réduire la hernie, lorsqu'elle présente un commencement de gangrène, est sans doute fort légitime; mais la gangrène n'est pas un accident immédiat, et puisqu'on ne recule pas devant les autres moyens de réduction avant de pratiquer l'opération, pourquoi reculerait-on devant une méthode opératoire qui met à nu les parties herniaires, permet de reconnaître le siége précis de l'étranglement et de pratiquer le débridement en connaissance de cause ? En effet, si le col de la tumeur est mis à nu, et si on porte le doigt dans l'anneau, on se convaincra facilement du siége de l'étranglement. L'anneau aponévrotique incisé, la réduction présente-t-elle encore des difficultés, on examinera s'il n'existe pas des brides fibreuses supplémentaires à inciser, et dans le cas contraire, on ouvrira le sac et on débridera sur le collet ; bien entendu que toutes ces tentatives de réduction se feront avec beaucoup de prudence, de peur de repousser toute la tumeur *en masse* ou de faire rentrer l'intestin gangrené; bien entendu encore que le débridement en dehors du collet du sac sera entièrement subordonné à l'examen préalable de l'aspect du sac qui, dans le cas de gangrène, est souvent rempli d'une sérosité brunâtre, offre une coloration d'un rouge brun et à travers lequel on peut sentir l'in-

testin présentant une diminution de consistance des plus remarquables. Il suit de là que, toutes les fois qu'on aura quelques soupçons de l'existence de la gangrène, on devra ouvrir le sac et opérer suivant la méthode ordinaire, lors même que l'étranglement aurait pour siége l'anneau aponévrotique.

Il est une autre objection qui ne manque pas d'importance, c'est c'elle qui est fondée sur la difficulté même du débridement en dehors du sac. Ce débridement ne présente cependant de véritables difficultés que dans la hernie ombilicale où le sac herniaire adhère souvent intimement au bord tendineux de l'anneau, et où il est quelquefois impossible de glisser un conducteur entre les deux, et encore chez les sujets chargés d'embonpoint. M. Duncan, en faisant tirer en bas la tumeur par un aide, a toujours rendu l'opération plus facile, parce que de cette manière on met mieux à nu les fibres les plus internes de l'anneau aponévrotique. Ce chururgien s'est servi tantôt d'un bistouri pointu avec lequel il a coupé lentement les fibres aponévrotiques, ce qui exige une grande sûreté de main, tantôt d'un bistouri à pointe mousse qu'il glissait au-dessous des brides. Richter dit que cette opération n'est pas difficile, si l'on se sert d'une sonde recourbée par le bout, qu'on porte sous le bord supérieur de l'anneau, et sur laquelle on glisse un bistouri courbe pour inciser l'anneau. Il est certain, ajoute-t-il, qu'on ne peut pas bien pratiquer cette incision avec une sonde et un bistouri droits ou avec le doigt.

Quelle est, des diverses hernies, celle dans laquelle cette méthode de débridement présente le plus d'avantages? On peut répondre, avec MM. Luck et Hilton, que c'est la *hernie fémorale*. L'étranglement au collet du sac est un accident des plus rares dans cette hernie ; et c'est ordinairement entre les fibres du *fascia propria* que se trouve le sac, de sorte que les faisceaux fibreux à diviser sont placés superficiellement et immédiatement sous les yeux du chirurgien, tandis que, dans la hernie inguinale, l'étranglement, indépendamment de ce qu'il peut être au collet du sac a souvent son siége à l'anneau aponévrotique supérieur, ce qui rend l'opération très-laborieuse.

En résumé, sans vouloir faire du débridement en dehors du sac une méthode générale, on peut dire que ce débridement mérite de conserver une place honorable dans la pratique chirurgicale, et qu'il est indiqué dans les étranglements par l'anneau aponévrotique, toutes les fois, 1° que l'étranglement est récent ; 2° que la hernie n'est pas d'ancienne date et a toujours été réductible ; 3° que les accidents n'annoncent pas la gangrène de l'intestin. Le débridement en dehors du sac est encore applica-

ble, ainsi que l'a fait avec succès Astley Cooper, aux hernies anciennes, très-volumineuses et irréductibles ; c'est alors le seul moyen d'éviter une inflammation péritonéale presque constamment mortelle.

21. *Remarques pratiques sur les corps étrangers dans la vessie chez les femmes et sur la taille uréthro-vestibulaire* ; par M. Petrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Bulletin général de Thérapeutique, juin 1848.)

Les corps étrangers introduits dans l'urèthre ont une grande tendance à s'enfoncer plus avant ; chez l'homme, ce canal étant plus long et plus accessible, l'on peut encore facilement mettre obstacle à leur progression, et les arrêter ou les extraire avant qu'ils soient parvenus dans la vessie ; mais chez la femme, ils tombent rapidement dans cet organe ; ce qui s'explique par la disposition de l'urèthre, qui est plus droit, plus large et surtout beaucoup moins long.

Une circonstance qui rend leur introduction et leur progression faciles, en même temps qu'elle rend leur extraction difficile, c'est que ces corps, le plus souvent des tiges métalliques ou des épingles à grosse tête (car ce sont les instruments ordinaires de leurs coupables manœuvres), sont introduits de manière que leur extrémité la plus inoffensive est tournée du côté de la vessie, et que la moindre tentative d'extraction présente aux parois du canal leur extrémité pointue, et risque de les déchirer ou de les perforer.

Mais toutes ces difficultés ne sont rien auprès de celle que l'on rencontre quand ces corps ont pénétré entièrement dans la vessie ; car le moindre mouvement qu'on leur imprime tend à piquer les parois de cet organe, et les cas où l'on parvient alors à les retirer sans accident peuvent être attribués en partie à un heureux hasard.

Enfin, vient un moment où cette extraction elle-même n'est plus possible ; le corps étranger s'encroûte de sels calcaires ; dans la plupart des cas, une opération et même une opération assez grave, est le seul moyen d'en débarrasser les malades. Il faut briser le calcul ou l'extraire par la taille. Encore est-il des cas où la lithotritie est impuissante ; où, après avoir broyé le calcul, il resterait encore à extraire le corps étranger qui lui a servi de noyau, et les difficultés que nous avons signalées plus haut se renouvellent, si celui-ci est dur, et qu'on ne puisse espérer de le briser.

Dans ce cas, comme dans celui que nous allons rapporter, la taille seule est applicable :

Obs. — Une jeune fille de dix-sept ans, adonnée à l'onanisme, s'introduisit dans l'urèthre, en octobre 1842, un passe-lacet de près de huit centimètres de longueur. Elle ne réclama les soins d'un médecin que dans le courant d'août 1843, alors que les souffrances qu'elle endurait l'obligèrent à garder le lit, c'est-à-dire environ quatorze mois après l'introduction du corps étranger. Le médecin auquel elle s'adressa alors lui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle fut admise le 24 décembre 1843. Elle se trouvait alors dans l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face, faiblesse très-grande. Elle n'a pas quitté le lit depuis quatre mois ; elle accuse dans les lombes, l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses, des douleurs, qui sont augmentées par les mouvements et par l'excrétion des urines.

En introduisant le doigt dans le vagin, on sent ce canal barré par une tige métallique, implantée perpendiculairement sur la paroi supérieure du vagin et n'atteignant pas tout à fait la paroi inférieure, de sorte qu'en déprimant un peu cette dernière, on peut passer le doigt entre elle et cette tige métallique. Elle perd depuis huit jours ses urines par le vagin. En introduisant une sonde dans la vessie, on sent, à l'entrée de cet organe, un calcul volumineux fixé dans ce point par son extrémité inférieure.

Le 27 décembre, ce calcul fut saisi par M. Bonnet avec un lithotriteur sous un diamètre de 11 lignes. La tige métallique, qu'on sentait dans le vagin, était par conséquent la pointe du passe-lacet, qui, peu à peu, avait ulcéré et perforé la vessie, et, momentanément, il en était résulté une fistule vésico-vaginale.

M. Bonnet eut d'abord la pensée de broyer le calcul ; il espérait que les branches du lithotriteur seraient assez fortes pour briser le corps étranger, comme le calcul dont il avait été le noyau. Mais, après mûre réflexion, il hésita à commencer ainsi le traitement ; et ce fut son successeur, M. Pétrequin, qui en resta chargé.

Par cette première exploration, le calcul fut reconnu friable et composé, en grande partie, de phosphate de chaux ; il en était resté quelques parcelles entre les mors de l'instrument pendant les manœuvres nécessitées par la mensuration des diamètres.

Le 3 janvier 1844, nouvelle exploration par M. Pétrequin. Le doigt, introduit dans le vagin, n'y sent plus de corps étranger ; depuis deux jours, la malade n'a pas perdu d'urines ; avec le cathéter introduit dans la vessie, on sent bien le calcul, mais

cette fois, il est mobile ; il est dans le bas-fond de la vessie, et échappe bientôt aux mors du lithotriteur, quand celui-ci est parvenu à le saisir. Il est probable que, sous l'influence des manœuvres nécessitées par la première exploration, le calcul s'est détaché de la place qu'il occupait ; que, dès lors, l'ulcération et la perforation de la vessie n'étant plus entretenues par la présence du corps étranger, s'étaient cicatrisées d'elles-mêmes ; c'est pour cela que l'incontinence d'urine avait cessé. — Grand bain.

Explorations le 6 et le 9 tout aussi infructueuses que la précédente. La malade fait des efforts, pousse des cris, et expulse le liquide de l'injection qui a été faite pour faciliter les manœuvres. — Grand bain après chacune d'elles.

Le 15, on procède de nouveau à l'exploration ; M. Pétrequin, ayant saisi entre les mors du lithoclaste la tige métallique, voulut essayer de la courber ; mais ce fut complétement impossible, et l'instrument se serait plutôt faussé ; l'on parvient après beaucoup de peine, à cause des mouvements continuels de la malade, à saisir le calcul sous un diamètre de 11 lignes et demie.

Ici, la lithotritie n'était pas praticable ; la malade, quoique fortement attachée à la table, se démenait tellement pendant l'exploration, qu'il était impossible de saisir le calcul dans une position convenable ; au moment où l'instrument l'avait saisi, un mouvement brusque le faisait échapper de ses mors. De plus, pour faciliter les manœuvres, il faut injecter une certaine quantité de liquide pour distendre la vessie ; or, cet organe était si sensible, dans le cas qui nous occupe, qu'il ne conservait que quelques instants le liquide qu'on venait d'y introduire, et dont l'expulsion était, en outre, favorisée par les efforts que faisait la malade, en poussant des cris, et en remuant le bassin. Ainsi, la longueur et la fréquence des séances de la lithotritie auraient empêché de penser à cette méthode pour soulager cette jeune fille. Enfin, en supposant qu'on broierait le calcul, il resterait toujours à extraire l'aiguille, qui, comme nous l'avons dit, ne se laissait ni plier, ni casser. Cette extraction est toujours une chose difficile et chanceuse, quelquefois même impossible par toute autre méthode que la taille, en sorte que la malade aurait été exposée à subir les énnuis de la lithotritie pour le calcul, et ensuite la lithotomie pour être débarrassée du corps métallique. C'est surtout cette dernière considération qui engagea M. Pétrequin à pratiquer immédiatement la taille, bien qu'il ait, à plusieurs reprises, extrait avec le lithotriteur à cuiller divers corps étrangers introduits dans la vessie chez des femmes.

Quant à l'opération de la taille, la malade fut placée de la

manière ordinaire, c'est-à-dire horizontalement, la tête un peu élevée, le bassin débordant un peu la table, à laquelle il fut fixé fortement par un drap plié en cravate; on fléchit les jambes sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, tout en les tirant dans l'abduction. Les mains furent liées aux pieds par des serviettes ; les autres parties du tronc, surtout les épaules et le bassin, furent confiées à des aides, qui en augmentaient ainsi la solidité. Puis, l'on introduisit un cathéter cannelé dans l'urèthre ; il servit de conducteur au lithotome caché, dont le tranchant fut dirigé en haut et un peu à gauche, puis on le retira en élevant légèrement sa lame pour faire une plaie au moins aussi étendue intérieurement qu'extérieurement. Il avait été armé de manière à faire aux téguments une incision de 10 lignes, ce qui ne donne au col, vu sa dilatabilité, qu'une incision d'une ligne et demie environ. — L'index gauche de l'opérateur le remplaça alors dans la vessie, et s'assura de la position du corps étranger. Il était situé transversalement dans le cul-de sac extérieur de la vessie, et paraissait y être logé assez solidement. Comme l'on n'avait pas de gorgerets assez étroits ou assez mousses, l'on se servit, pour conduire les tenettes, d'une curette légèrement courbée, de 9 pouces de longueur, et présentant une rainure sur son côté concave. Cet instrument servit donc d'*explorateur* et de *conducteur*. Comme l'on devait s'y attendre (d'après ce qui avait été dit de l'exploration avec l'index), cet instrument passa par-dessus la pierre, qu'il laissa sous sa concavité. L'on introduisit alors sur sa rainure des tenettes courbes ; mais leur maniement étant, comme celui de tout instrument courbe, peu sûr et peu facile, elles furent bientôt échangées contre des tenettes droites de moyen calibre. Pour atteindre le corps étranger, il fallut en élever fortement les bras, et le calcul fut saisi; il fut impossible de lui imprimer de grands mouvements, et M. Pétrequin, non sans peine, lui donna une direction presque parallèle à l'axe de la plaie ; alors, on tenta de le briser, et l'on y réussit après quelques efforts. Les tenettes retirèrent d'abord deux des fragments, de volume moyen; la curette en retira trois plus petits, qui étaient déjà parvenus dans la plaie, et enfin le dernier, qui avait environ 17 lignes de longueur, sur 12 de largeur et 5 d'épaisseur, fut retiré avec les tenettes et la curette alternativement. En abstergeant la plaie et en y faisant des injections, on fit sortir des fragments moins appréciables, qui résultaient du brisement du calcul.

L'aiguille restait encore dans la vessie, où elle avait repris sa première situation ; à l'aide du doigt de l'explorateur et des tenettes, on parvint à lui donner une seconde fois une meilleure

position, et à l'extraire sans blesser les parois du vagin ni les tissus environnants, et ce ne fut pas chose facile que de la diriger selon l'axe de la plaie.

L'aiguille a 34 lignes de long, trois quarts de ligne d'épaisseur; elle est complétement inflexible.—Les fragments du calcul réunis donnèrent un ovoïde de 21 lignes de long sur 13 dans sa plus grande largeur. Son grand axe était représenté par l'aiguille, qui y avait laissé des traces, et autour de laquelle la substance calculeuse s'était uniformément déposée. Elle était en acier solide.

Quand l'opération fut terminée, et qu'on se fut convaincu, par l'exploration, qu'il ne restait plus rien ni dans la plaie, ni dans la vessie, l'on fit dans celle-ci des injections au moyen d'une seringue à double courant. De cette manière, il n'est pas nécessaire de retirer, après chaque coup de seringue, l'enbout situé dans la plaie, et dont la réintroduction est toujours douloureuse, sinon difficile, à cause des nouveaux tâtonnements qu'elle exige chaque fois. Ce procédé a, en outre, l'avantage de la célérité; c'est presque un jet continu. — On ordonne à la malade : violette et tilleul; potion calmante; diète; repos horizontal.

Le 24 janvier. La malade a eu, deux heures après l'opération, une hémorrhagie qui a été arrêtée par un tampon tourné en spirale autour d'une sonde qu'on a laissée à demeure, et qui exerce ainsi une compression excentrique. Elle a bien dormi cette nuit; aujourd'hui douleurs nulles, excepté dans la plaie. Urines faciles. Pas d'appétit; un peu de fièvre.—Bouillon.

Le 25. La plaie va bien; bon sommeil; même état qu'hier. — Bouillon de riz, pain.

Le 26. Pas de selles depuis l'opération; douleurs nulles.

L'hémorrhagie du 23, qui avait été produite par une tentative de masturbation, n'est pas revenue. Au reste, à en croire le signe tiré de l'iris, la masturbation n'aurait pas eu lieu depuis. Quand elle a eu lieu, on doit trouver l'iris légèrement tiraillé en haut et en dedans. (Pétrequin, *Traité d'anatomie médico-chirurgic.*, p. 112.)

L'état général est bon; les urines sont faciles. Elle demande à manger; on lui donne riz, pain et œuf.

Le 28. Même état. Les petites lèvres, surtout la gauche, sont fortement œdématiées. — Un quart de portion.

On ôte le tampon et la sonde. La malade a eu une évacuation alvine, la première depuis l'opération.

Le 29. Les urines sont faciles et non douloureuses; sommeil et appétit bons. Pas de céphalalgie; pouls bon.

Le 30. Une selle hier dans la journée. Lavement émollient.

Le 1er février. La malade a eu hier un bain de siége ; la plaie n'est pas douloureuse ; les petites lèvres sont moins œdématiées.

Le 2. L'état s'améliore, on contiuue les bains de siége. Trois quarts de portion.

Le 7. La plaie a toujours bonne apparence, les petites lèvres sont dans le même état ; mais la cicatrisation ne marche pas rapidement, parce que, malgré tous les soins de surveillance, la malade se livre toujours à son funeste penchant. On lui attache les mains.

Le 9. La plaie marche rapidement vers la cicatrisation. Bain de siége. Le linge sur lequel elle repose est mouillé.

Le 11. La plaie n'a plus environ que quatre lignes. L'urine s'échappe spontanément dans les efforts de toux et de défécation.

La malade se lève. On est obligé de la surveiller constamment.

Le 17. La plaie est presque cicatrisée ; mais l'incontinence persiste.

Le 29. Même état local ; l'état général s'est un peu amélioré. La malade sort de l'hôpital.

Apprécions maintenant rapidement les différentes méthodes de la taille chez la femme.

Dans la taille *uréthrale bilatéralisée* avec le double lithotome caché de Dupuytren (Pleurant, de Lyon, s'en est servi, avant Dupuytren, chez la femme), l'on n'est pas sûr d'éviter les parois du vagin, et, par conséquent, il peut survenir une ou deux fistules ; et, en outre, on risque de laisser une incontinence d'urines, d'autant plus que l'on divise l'urèthre en deux.

La taille *uréthrale latéralisée* est passible des mêmes reproches, et donne, en outre, une trop petite ouverture.

La taille *vestibulaire* ne donne également qu'un petit espace ; l'on est obligé de se servir de petites tenettes ; de plus, dans les manœuvres d'extraction, l'urèthre et le col de la vessie se trouvent froissés par le calcul, tiraillés, contus, et l'incontinence d'urine est peut-être plus à craindre que s'ils eussent été incisés.

La taille *hypogastrique* n'est guère employée que de nécessité, quand le calcul est trop gros.

La taille *vésico-vaginale* donne bien une assez large ouverture ; mais elle laisse souvent, quelques auteurs disent même toujours, une fistule qui est un mal presque incurable et aussi désagréable que la pierre elle-même ; c'est un inconvénient que

M. Pétrequin a constaté dans les opérations qu'il a vues dans les hôpitaux. Elle a, en outre, l'inconvénient d'être moins praticable chez les jeunes filles, à cause de l'étroitesse du vagin ; et ici, en effet, il était très-rétréci.

Le procédé employé chez notre malade est une variété de taille *uréthro-vestibulaire*.

M. Pétrequin incisa en haut et un peu à gauche ; de cette manière il évita le vagin et eut une plus grande ouverture, parce que les branches du pubis formant un angle trop aigu, une incision transversale les eût bientôt rencontrées et eût blessé la honteuse interne. Après l'exploration avec le doigt, de petites tenettes furent introduites, comme on l'a vu, et, après quelques efforts, le calcul fut brisé en cinq ou six morceaux, dont les plus petits furent d'abord extraits, puis le plus gros, qui représentait la moitié d'un ellipsoïde de 18 lignes sur 13 ; en dernier lieu, enfin, l'aiguille. M. Pétrequin insiste avec raison sur la méthode des broiements multiples pour éluder les conséquences graves des extractions qu'on opère avec beaucoup d'efforts et de danger.

La malade s'est tellement démenée pendant l'opération, qu'il devient évident que la lithotritie n'aurait pas été indiquée ni exécutable impunément.

Comme on l'a vu, les suites de l'opération ont été heureuses ; l'hémorrhagie est venue d'abord entraver la marche de la guérison ; elle a cédé au tamponnement.

La cicatrisation n'a pas laissé que d'être retardée par le funeste penchant de la malade à la masturbation ; en vain a-t-on tout fait pour l'en détourner ; les liens mêmes n'étaient qu'un faible obstacle. Dès que l'état local et général le permit, on fit lever la malade tout le jour ; on l'empêchait ainsi de se livrer à sa mauvaise habitude, et c'est depuis ce moment seulement que la plaie a marché à grands pas vers la cicatrisation. Auparavant il avait fallu lui attacher les pieds et les mains.

L'incontinence qui persistait pouvait tenir à une perforation du vagin, qu'avait jadis produite l'aiguille, ou à ce que la plaie faite par le lithotome n'était pas complétement cicatrisée.

L'on examine le vagin : le point perforé par l'aiguille était bien fermé ; mais il restait à la partie antérieure de l'incision uréthro-vestibulaire un endroit rouge, et qui ne s'était pas encore fermé.

Il faut remarquer, du reste, à l'occasion de cette incontinence, qu'elle n'avait pas toujours lieu, que les draps de la malade n'étaient pas toujours mouillés, et que, quand on la sondait, l'on trouvait ordinairement de l'urine dans la vessie. La malade ne

perdait son urine que quand elle était restée un certain temps sans la rendre volontairement. L'onanisme n'était pas d'ailleurs sans influence, et, après les causes physiques possibles de l'incontinence, il ne faut pas oublier de tenir compte de l'atonie et de la laxité, qui pouvaient être produites par l'habitude ancienne de la masturbation chez l'opérée.

Outre les souffrances qu'a causées à la malade, pendant seize mois, la présence d'un corps étranger dans la vessie, elle a reçu, par l'opération, la plus douloureuse et la plus terrible leçon, et, si elle parvient à renoncer à son malheureux penchant, il est probable que la guérison s'opérera d'un manière complète, et que, avec la cicatrisation entière de la plaie, les organes recouvreront leurs fonctions ; enfin que dès lors la jeune fille jouira d'une aussi bonne santé qu'auparavant.

---

22. *Du speculum uteri, de ses formes et de ses dimensions les plus avantageuses, de la manière de l'appliquer et de son utilité*; par M. le professeur J. A. Stoltz. (1).

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 6, juin 1848.)

Le *speculum uteri* est un instrument dont l'usage est très-fréquent, depuis une quinzaine d'années surtout. Ce sont les progrès qu'on a faits dans la connaissance des maladies de l'utérus qui ont rendu cet instrument plus nécessaire et d'une utilité incontestable, dans le diagnostic de la plupart des affections des organes génitaux accessibles à la vue. Les deux sens que nous employons d'ordinaire dans l'investigation des maladies de ces organes, le toucher et la vue, donnent souvent des résultats très-différents d'une part ; de l'autre, il est des choses qu'on ne peut que toucher, d'autres qu'on ne peut que voir. Une exploration en vue de la connaissance d'une affection des organes génitaux, surtout de ceux situés profondément, n'est donc pas complète si l'on n'a pas employé les deux moyens de diagnostic, l'un après l'autre ou simultanément.

Or, pour voir le canal vaginal et surtout le col de l'utérus, il faut introduire dans le vagin un instrument dilatateur dont l'extrémité qui pénètre dans le canal puisse recevoir la portion vaginale du col, de manière à la dégager complétement, à la mettre à nu et accessible à la lumière. Les anciens ont donné à cet instrument le nom de *dioptra*, *torculum volvens*, *vertigo*, *speculum*

(1) Depuis longtemps beaucoup de mes confrères, la plupart anciens élèves de notre Faculté, m'ont prié de leur donner une description du *speculum* que j'emploie habituellement et de la manière de s'en servir. Je tâche de répondre à leur désir par ces quelques pages.

uteri; ce dernier nom lui est resté, il le porte encore de nos jours.

Le *speculum* des anciens était composé de plusieurs branches qui s'introduisaient rapprochées dans le vagin, et s'écartaient ensuite par différents mécanismes pour dilater ce canal : tels sont ceux à trois branches, représentés et décrits par P. Franco, A. Paré, et le bivalve de Scultet. Beaucoup de *speculum* d'aujourd'hui ont à peu près la même construction, par exemple ceux de Mme Boivin, de Lisfranc, de MM. Jobert, Ricord, etc. ; mais il en est d'autres qui sont d'une pièce, forment un tube conique plus ou moins long et large, et sont principalement destinés à l'exploration du museau de tanche. M. Recamier et Dupuytren en ont introduit l'usage; Lisfranc l'a généralisé ; la plupart de ses élèves l'ont adopté.

Il existe donc deux espèces de *speculum*; ceux à plusieurs branches, on les appelle *brisés*, et ceux à tube, on les appelle *pleins*.

Les *speculum* brisés, à deux, trois ou quatre branches, sont généralement d'une introduction plus facile que les *speculum* pleins, mais ils ont un grand inconvénient une fois qu'ils sont ouverts, c'est-à-dire, quand les branches sont écartées. Le vagin, qui tend toujours à se resserrer, fait saillie dans les intervalles des branches ou valves, et cache plus ou moins complétement l'endroit qu'on veut inspecter, surtout le col de l'utérus. C'est en vain qu'on a cherché à faire disparaître cet inconvénient en ajoutant des valves supplémentaires, destinées à remplir l'espace que les branches principales laissent entre elles; l'instrument ainsi composé devient compliqué, lourd et d'une application difficile. Le *speculum* à valves ne convient, suivant moi, que dans quelques cas de maladies du vagin, par exemple les fistules vésico ou recto-vaginales. Alors le *speculum* bivalve est le seul qui mette bien à découvert la maladie; encore faut-il que les deux valves s'écartent l'une de l'autre dans toute leur longueur également, et pas seulement à leur partie supérieure, car alors l'ouverture inférieure se rétrécit, la lumière pénètre difficilement et les instruments encore plus. Ce ne sont donc pas les *speculum* de MM. Jobert et Ricord qui conviennent dans ces cas, mais plutôt ceux de Mme Boivin et de M. Guillon.

Le meilleur *speculum* bivalve est, à mon avis, celui, de M. Deyber (1). Il est composé de deux lames concaves réunies

(1) Deyber, *Essai sur les fistules urinaires vaginales*, dissertation présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg, 1827, in-4°. Le *speculum* de M. Guillon en approche le plus.

par une charnière qui règne tout le long de leur bord inférieur. Ces deux lames sont appliquées l'une contre l'autre comme les deux côtés d'un livre, et peuvent être écartées, comme ces derniers, par un mécanisme très-simple; deux branches articulées avec les valves, et ayant entre elles un curseur qui peut être fixé au moyen d'une vis. Son introduction est très-facile, parce qu'il présente peu de volume. Lorsqu'il est ouvert, la portion du vagin qui correspond à l'écartement est tendue transversalement dans toute sa longueur. Comme on peut tourner ou rouler l'instrument dans le canal vaginal, aucune portion de ses parois ne peut échapper à l'inspection qu'on en veut faire. L'introduction de l'instrument est facilitée par l'arrondissement de ses angles supérieurs; dans le même but on pourrait aussi y mettre un mandrin de bois dépassant son extrémité de 20 à 25 millimètres. Pour saisir le col de l'utérus, il convient mieux que tous les autres *speculum* à valves, parce que l'écartement qui existe entre ses deux côtés, quand il est ouvert, permet d'y faire passer, sans le moindre obstacle, l'instrument qui a servi à cet usage.

Pour examiner le col de l'utérus à la vue, le toucher avec un caustique quelconque ou y appliquer des sangsues, etc., le *speculum* plein mérite toujours la préférence. Même pour l'exploration pure et simple du vagin, on ne peut pas en avoir de plus convenable. Quand il est introduit, on peut à volonté faire paraître à son orifice supérieur tous les points du vagin qu'on désire explorer, et ce but est d'autant mieux atteint, qu'en se rapprochant à mesure qu'on retire le cylindre, et en s'écartant à mesure qu'on le repousse dans le canal, ses parois se montrent de champ. Il n'est pas de pli ou repli qui puisse échapper à l'investigation en s'y prenant de cette manière. Quant au col de l'utérus, il s'engage dans l'extrémité supérieure de l'instrument, comme un bouchon dans le large goulot d'une bouteille. On le voit alors à nu, dégagé de tout pli vaginal, et on peut en parcourir la surface, écarter ses lèvres, élargir l'orifice, plonger la vue à une certaine profondeur dans la cavité du col, y porter des caustiques, voire même le fer rouge, sans avoir à craindre de léser ou de toucher seulement les parties voisines qu'on a intérêt à ménager. Tout cela ne peut pas être obtenu par le *speculum* brisé.

Ces avantages reconnus au *speculum* dit plein ou cylindrique, il est important d'en déterminer la forme, la longueur, les dimensions en largeur les plus avantageuses.

La forme de tous les *speculum* pleins connus est légèrement conique. Il fallait donner cette forme à l'instrument pour rendre son introduction plus facile. Les extrémités sont planes comme

celles d'un cylindre ordinaire. La longueur varie de 14 à 21 centimètres, le calibre est plus ou moins proportionné à la largeur supposée du vagin.

Le *speculum* de M. Récamier a de 14 à 19 centimètres ou 5 à 7 pouces ; il est trop long. Cet inconvénient est diminué par une coupure en biseau pratiquée à son extrémité inférieure. Dupuytren l'a fait raccourcir. Lisfranc, au contraire, l'a fait faire plus long. Il dit dans sa *Clinique chirurgicale de la Pitié* : « La lon-« gueur de cet instrument sera au moins de 21 centimètres(1). » C'est presque le double de la hauteur du bassin en arrière, c'est cinq fois plus long que la symphyse pubienne ! La largeur de presque tous les *speculum* cylindriques connus est au contraire trop peu grande, surtout l'ouverture supérieure de l'instrument dans laquelle doit pénétrer le col de l'utérus. Elle est généralement calculée sur un col sain, et en vue d'une introduction facile dans l'orifice vaginal. Cependant, déjà Récamier en avait de plusieurs diamètres pour les différents volumes du col.

Les conditions des organes génitaux de la femme différant beaucoup, suivant que celle-ci est vierge, femme mariée, mère de famille, et que ses organes sont sains ou malades, il est naturel qu'un seul et même *speculum* ne peut pas convenir pour toutes les femmes. Cependaet, la plupart de celles qu'on est dans le cas d'examiner avec cet instrument ont eu un ou plusieurs enfants (2). D'un autre côté, la longueur, la largeur ainsi que la forme de l'instrument doivent être calculées de telle sorte, que l'on puisse voir les parties qu'on veut examiner aussi distinctement et aussi complétement qu'il est possible. En calculant la longueur du *speculum* sur celle qu'on peut donner au vagin extrait du cadavre, Lisfranc a commis une grande erreur, car c'est sur la femme vivante qu'on applique l'instrument ; or, sur elle le vagin est beaucoup plus court et plus dilatable.

Chez la femme qui a accouché, le doigt indicateur arrive ordinairement sans effort jusque dans les culs-de-sac vaginaux, et parcourt le col à toute sa surface. Or, le doigt n'a que 10 centimètres de longueur ; pourquoi en donner beaucoup plus au *spe-*

(1) Lisfranc dit 21 centimètres ou 7 pouces, mais 21 centimètres forment 8 pouces moins un quart. « Cette grande dimension n'étonnera pas, ajoute-t-il, si l'on se souvient de ce que nous avons dit en faisant l'anatomie chirurgicale du vagin. » Or, Lisfranc dit à cet article que « la longueur du vagin varie « entre 9, 12, 21 centimètres et même davantage. » On y trouve aussi cette autre assertion assez singulière que la dilatabilité de ce canal est d'*autant moins grande* que les accouchements ont été plus nombreux.

(2) Il n'y a que les filles publiques qui fassent exception. Chez elles les organes génitaux sont d'ordinaire tellement fatigués qu'ils se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que ceux des femmes mariées et mères.

culum ? Le vagin est tellement large qu'on peut y introduire facilement deux doigts placés l'un à côté de l'autre. La largeur du *speculum* doit être telle, que les parois vaginales soient bien écartées et la surface muqueuse déplissée. Enfin, la paroi antérieure du vagin est plus courte que la postérieure ; l'extrémité supérieure du canal est coupée en bec de flûte ; la fosse naviculaire et la fourchette rendent la vulve plus profonde inférieurement que supérieurement ; le chemin à parcourir en arrière est plus long que celui en avant ; il faut donc, pour que le *speculum* remplisse bien le vagin, que l'instrument soit plus long en arrière qu'en avant. Enfin, les deux ouvertures doivent être assez larges; la supérieure, pour recevoir un col de l'utérus malade, gonflé ; l'inférieure, pour laisser plonger le regard jusqu'au fond et au besoin y porter sans difficulté des instruments.

C'est sur ces données que j'ai fait confectionner depuis longtemps le *speculum* dont je me sers habituellement. Cet instrument a 11 centimètres de longueur en arrière, et 9 en avant. La taille en biseau est d'un centimètre à chaque extrémité. L'ouverture supérieure est de 3 centimètres, l'inférieure de 37 à 38 millimètres. Ces dimensions lui donnent la forme d'un cylindre légèrement conique, coupé obliquement à ses deux extrémités, à la supérieure de bas en haut et à l'inférieure de haut en bas. Comme l'introduction par l'orifice vaginal d'un pareil cylindre aurait pu être difficile et douloureuse, j'y place un mandrin dont l'extrémité, arrondie et légèrement conique, dépasse de 26 millimètres en avant l'ouverture supérieure. Il en résulte que cet instrument a la forme du membre viril en érection, la portion de mandrin qui dépasse le cylindre représentant le gland ; forme qui est sans contredit la plus appropriée au canal que l'instrument doit remplir. Cette analogie de forme est rendue plus frappante par un bourrelet qui règne au bord de l'orifice supérieur du *speculum* et qui représente celui qui existe à la base du gland. Ce bourrelet résulte de l'évasement que j'ai fait donner à cette ouverture et à l'arrondissement de son bord, pour faciliter l'engagement du col dans cet orifice.

Chez beaucoup de femmes qui n'ont pas eu d'enfants, le vagin est plus étroit et la matrice plus élevée. Pour elles, le *speculum* que je viens de décrire peut être trop large et trop court. J'en ai fait faire un d'après les mêmes principes et d'une forme tout à fait semblable, seulement plus long de 2 centimètres et n'ayant que 27 à 28 millimètres d'ouverture supérieurement. Je m'en sers rarement ; le premier suffit presque toujours.

Je me suis servi pendant bien des années du *speculum* en étain.

Depuis trois ans, j'ai adopté celui en ivoire qui peut servir dans tous les cas ; néanmoins l'étain convient parfaitement aussi, excepté quand on veut cautériser avec le fer rouge (1). Il est parfaitement inutile d'y adapter un manche, comme l'a fait Dupuytren ; je dirai tout à l'heure comment je le fais fixer dans le vagin. Le mandrin est en bois d'ébène ; ce bois convient mieux que tout autre, parce que l'humidité ne le déjette et ne le déforme pas.

Pour l'inspection du vagin et du col de l'utérus, chez une vierge, il n'y a pas d'autre moyen que d'inciser la valvule vaginale et même l'orifice du vagin. Avec un *speculum ani* on pourrait, à la rigueur, faire une exploration, mais elle serait toujours incomplète.

L'application du *speculum* dans le vagin ne se fait réellement avec facilité et sans douleur que dans l'état de vacuité des réservoirs qui sont placés devant et derrière le canal, c'est-à-dire de la vessie et du rectum. Quand le rectum est distendu par des matières fécales, il est difficile de pousser le *speculum* en avant; le col de l'utérus lui-même est dévié de sa direction normale et s'engage plus difficilement dans l'ouverture supérieure de l'instrument. La pression de ce dernier sur le bas-fond de la vessie distendue par l'urine occasionne du malaise et du ténesme. Il est donc nécessaire que la femme ait été depuis peu à la selle, surtout si l'opération présente des difficultés venant d'autres causes.

La posture de la femme qu'on veut explorer est également une condition importante pour l'entière réussite de l'examen au *speculum*. D'ordinaire on la place sur le bord d'un lit, comme pour l'accouchement artificiel. D'autres fois on la fait coucher sur une chaise élevée ou sur un fauteuil. Quel que soit le siége qu'on emploie, il doit être assez élevé pour que l'opérateur ne soit pas obligé de trop se baisser, et pour que la lumière naturelle ou artificielle pénètre facilement dans l'instrument. La femme doit être couchée et non pas assise ; c'est-à-dire que le bassin doit reposer complétement sur la région sacrée, autrement l'opération serait très-difficile et la vue ne pourrait pas plonger dans le cylindre. Les épaules et la tête ont seules besoin d'être un peu élevées. Les cuisses doivent être fortement fléchies, les genoux suffisamment écartés pour ne pas gêner l'opérateur ; les pieds prennent leur point d'appui sur deux chaises. Pour faire tomber la lumière du jour jusqu'au fond de l'instrument, le lit ou le siége

(1) Les *speculum* en argent, en maillechort, en verre, en caoutchouc n'ont aucun avantage sur ceux en ivoire et en étain, et ont différents inconvénients qu'il serait trop long d'indiquer.

sur lequel on place la femme doit se trouver vis-à-vis d'un endroit par lequel la lumière pénètre directement. Quand on veut se servir de la lumière artificielle, l'endroit où se fait l'opération est indifférent. Il vaut même mieux qu'il fasse obscur dans l'appartement, parce que le mélange de lumière artificielle avec la lumière du jour donne lieu à une fausse réverbération. Une petite bougie fixée sur un bougeoir peut être promenée le plus facilement devant l'ouverture du *speculum*, et en éclairer tous les points.

Toutes ces précautions minutieuses sont utiles, je dirai même nécessaires, car d'elles dépend en grande partie le succès de l'opération.

L'instrument doit être à la température du corps. On le chauffe facilement dans la main et plus commodément que dans de l'eau chaude. En hiver on l'expose un instant à la chaleur du poêle ou de la cheminée. Il faut le graisser pour le rendre plus glissant. Un écoulement leucorrhéique ou sanguin par les parties génitales ne dispense pas de cette précaution. Souvent même ces écoulements rendraient le passage de l'instrument plus difficile.

L'introduction du *speculum* dans l'orifice vaginal et son passage à travers ce détroit sont les manœuvres les plus difficiles. Le mandrin les facilite extrêmement (1); néanmoins elles peuvent devenir très-douloureuses si l'on ne sait pas ce qu'il faut éviter et comment il faut procéder. D'abord on doit écarter les lèvres de la vulve avec l'indicateur et le pouce de la main gauche, afin de mettre l'orifice du vagin à découvert. Puis on saisit l'instrument muni de son mandrin de la main droite, en en embrassant l'extrémité inférieure, le pouce en dessus, on place l'extrémité supérieure sur la fosse naviculaire, l'instrument dirigé obliquement de bas en haut. On déprime avec une certaine force la fourchette pour allonger l'orifice vaginal, puis on soulève l'extrémité inférieure du *speculum* en même temps qu'on pousse son extrémité supérieure dans le vagin. De cette manière on évite de refouler et de contondre le méat urinaire, le canal de l'urèthre, et le bourrelet que forme souvent la paroi vaginale antérieure, ce qui cause la douleur la plus vive à la femme quand on veut pénétrer de suite d'arrière en avant dans l'orifice vaginal. Avec cette précaution si simple, j'ai étonné bien des femmes qui appréhendaient singulièrement l'exploration au *speculum*, parce que d'autres leur

(1) « Afin de faciliter l'introduction du *speculum*, dit Lisfranc, on conseille d'y mettre un enbout ; ce moyen n'est pas sans avantages ; mais il a l'inconvénient de ne pas permettre de bien explorer le vagin ! »

Comme si on ne retirait pas le mandrin après avoir introduit le *speculum* !

avaient causé des douleurs très-vives, en les examinant avec cet instrument (1).

Une fois que ce passage est franchi, le *speculum* glisse d'ordinaire facilement; il suffit de le pousser en avant dans la direction du vagin. Quelquefois cependant il est arrêté par les plis transversaux de la muqueuse; on le dégage en lui imprimant de légers mouvements de rotation à droite et à gauche, ou en le retirant de quelques millimètres pour le pousser de nouveau en avant. On continue ainsi jusqu'à ce qu'il soit arrêté au fond du vagin; alors seulement on retire le mandrin; en l'enlevant plutôt, on rendrait le glissement de l'instrument plus difficile, surtout dans certains cas d'irritation ou de contraction spasmodique du canal vaginal. S'est-on servi du *speculum* brisé, on écarte plus ou moins fortement les valves pour mettre à nu la partie du vagin qu'on veut explorer. Quand on a employé le *speculum* cylindrique, on regarde, après avoir retiré le mandrin, si l'on est arrivé au col de l'utérus, si toutefois on a l'intention de l'y engager.

Le col de la matrice est habituellement dirigé en arrière et en bas, dans la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin, souvent un peu à gauche vers la symphyse sacro-iliaque. Pour le faire pénétrer dans l'embouchure du *speculum*, il faut faire passer le rebord de cette ouverture derrière le col, en effaçant le bourrelet vaginal qui le recouvre. A cet effet, on soulève légèrement l'extrémité externe de l'instrument, puis on le pousse en avant en même temps qu'on abaisse de nouveau son extrémité libre, ce qui lui fait décrire une ligne courbe, à l'extrémité supérieure de laquelle se trouve le museau de tanche. Cette manœuvre doit quelquefois être répétée à plusieurs reprises avant qu'elle réussisse. De légers mouvements de rotation imprimés à l'instrument font disparaître le bourrelet vaginal quand il résiste à la manœuvre ordinaire. On reconnaît que le col est engagé dans le *speculum*, à la forme et à la couleur particulière de cette portion de la matrice.

Pour retenir le *speculum* dans le vagin, il suffit d'appliquer la pulpe du doigt indicateur sur la partie inférieure du bord de l'ouverture externe de l'instrument au-dessus de la fourchette, tandis qu'on tient la bougie de l'autre main. Quand on veut

(1) Lisfranc conseille d'agir dans une direction tout à fait opposée. « Pour franchir l'orifice inférieur du vagin, dit-il, le *speculum* suit la direction d'une ligne qui, partant du milieu de cet orifice, irait se rendre à la pointe du coccyx; quand il a dépassé l'anneau de ce canal, son extrémité externe est portée vers le rectum et l'instrument continue de marcher, comme s'il devait arriver directement sur l'articulation sacro-vertébrale. »

quitter le *speculum*, soit pour préparer des instruments, ou pour toute autre opération qui exige la liberté des deux mains, on fait appliquer l'indicateur de la main gauche de la femme sur la partie supérieure du bord de l'ouverture, au-dessous du méat urinaire. Non-seulement, cela n'est pas fatigant pour la personne qu'on explore, mais en refoulant avec sa main les vêtements qui couvraient les cuisses contre le corps, elle rend l'accès de la lumière plus facile, en même temps qu'elle se garantit contre le froid, et se trouve en réalité moins découverte.

Souvent le museau de tanche est recouvert d'un mucus plus ou moins épais, quelquefois même sanguinolent. Pour voir le col tel qu'il est, pour juger des changements qu'il a subis, il faut le nettoyer, ce qui se fait avec une boulette de coton cardé ou de charpie fine, qu'on jette dans le *speculum*, qu'on saisit avec une pince à longues branches, et qu'on promène sur le col pour l'essuyer. Dans le cas d'écoulement de sang, une injection d'eau tiède pourrait être nécessaire.

Avant d'introduire le *speculum* dans les parties génitales, surtout quand on le fait dans l'intention d'examiner le col ou d'opérer sur lui, il est utile, il est nécessaire même, d'explorer d'abord avec le doigt, afin de connaître d'avance la direction du col et de le ramener au besoin, autant que possible, dans l'axe du bassin. Non-seulement on a le grand avantage de savoir où l'on rencontrera le col, mais presque toujours l'exploration digitale augmente la sécrétion de la muqueuse de la vulve et du vagin, rend ces parties plus dilatables, plus humides, et partant l'opération plus facile. Je ne parle pas des cas où l'on fait un premier examen au *speculum*; toujours alors l'exploration digitale doitêtre préliminairement employée, afin de se fixer sur la nature de l'affection et la disposition individuelle des organes. Je n'ai jamais eu le moindre succès avec les leviers, avec ou sans cuillères, qu'on a conseillé d'employer pour ramener le col de l'utérus dans l'orifice supérieur du *speculum*; mais une pression méthodique exercée sur l'hypogastre devient très-utile en rapprochant la matrice de l'instrument, ou en lui donnant une inclinaison favorable au but qu'on veut atteindre.

Il faut quelquefois pousser l'instrument profondément dans le vagin pour bien saisir le col. Une fois qu'il est engagé complétement, on peut laisser avancer de nouveau le *speculum* vers la vulve, le col ne le quittera pas dans la plupart des cas. Le vagin qui avait été distendu dans le sens de sa longueur se contracte, se raccourcit, et rapproche le col de la vulve en même temps que le *speculum*, qui serait même chassé complétement si on

l'abandonnait. Il est des femmes chez lesquelles ce phénomène est tellement marqué, qu'on est tout étonné de la facilité avec laquelle on peut alors voir le museau de tanche et opérer sur lui, après avoir été obligé de le chercher très-haut. En refoulant le *speculum* avec une certaine force dans les culs-de-sac vaginaux, les lèvres du museau de tanche s'écartent, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants (1), au point qu'on peut voir facilement leur surface interne. Elles sont comme retroussées, ce qui permet de porter des instruments jusque dans la cavité du col.

En retirant le *speculum*, on voit les parois vaginales se rapprocher derrière lui, ce qui rend leur examen très-facile. En poussant l'instrument en avant et le retirant de nouveau, on parcourt tant de fois qu'on le veut tous les points de leur surface.

Toute cette opération doit être exécutée avec douceur, précaution et une certaine légèreté de main, qui alors la rendent beaucoup moins douloureuse et plus facile. Le canal génital de la femme est susceptible d'une grande dilatation quand elle est opérée lentement et graduellement. En voulant l'obtenir trop vite, on éveille la sensibilité et la contractilité, on irrite, et le canal se resserre. Il faut posséder une connaissance exacte de la disposition, des rapports, de la structure et des propriétés des différents organes qu'on parcourt, qu'on touche et qu'on veut examiner, sans quoi l'opération présente des difficultés qui ne sont que le resultat de l'ignorance.

Ces difficultés augmentent singulièrement, quand des circonstances extraordinaires, des dispositions anormales ou pathologiques viennent contrarier les manœuvres décrites, et y nécessitent des modifications que le génie de l'opérateur doit immédiatement suggérer. Je vais indiquer quelques-unes seulement de ces circonstances, celles qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique.

La forme du bassin, son degré d'inclinaison, l'état même des articulations coxo-fémorales, peuvent exiger quelques modifications dans la manière de procéder à l'exploration au *speculum*. Le passage de la vulve et la direction du vagin éprouvent des changements notables par les rétrécissements pelviens du détroit inférieur. L'inclinaison trop prononcée du bassin fait que la vulve est cachée entre les cuisses, et nécessite une plus grande élévation du siége pour pouvoir pénétrer plus facilement et plus horizontalement dans le vagin. Dans le courant de cette année nous avons souvent appliqué le *speculum* sur une femme qui était

(1) Parce qu'il y a eu rupture des commissures.

atteinte d'une luxation spontanée du fémur et d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Ne pouvant écarter le genou de ce côté, qui s'était, par le fait de la maladie, beaucoup plus rapproché de la ligne médiane du corps, en même temps que le haut de la cuisse était collé pour ainsi dire contre la lèvre du même côté, le *speculum* ne pouvait être glissé dans le vagin qu'en soulevant les extrémités inferieures ou en plaçant la femme sur le côté.

Le plus ou moins d'étroitesse naturelle ou accidentelle de la vulve et de l'orifice vaginal peut rendre l'opération impossible par le *speculum* ordinaire et en exiger de plus étroits ou de plus courts. L'irritation de ces parties, leur gonflement par des maladies, le développement de tumeurs ou d'ulcérations, sont quelquefois des obstacles insurmontables et qui doivent être écartés avant de vouloir appliquer le *speculum*.

Le vagin lui-même présente quelquefois une étroitesse ou congéniale ou acquise, qui rend l'opération difficile. Chez les femmes arrivées à l'âge de trente-cinq à quarante-cinq ans sans avoir eu d'enfants, ce canal est beaucoup moins dilatable que chez les femmes plus jeunes. Après l'âge critique, le vagin se rétrécit et se raccourcit. A moins qu'il n'ait été entretenu dans un état de relâchement par des flux leucorrhéiques ou sanguins, ou par un abaissement de la matrice ou des parois vaginales elles-mêmes, l'introduction du *speculum* ordinaire est laborieuse et douloureuse. L'irritation de la muqueuse pure et simple avec ou sans granulations rétrécit momentanément le canal et le rend très-douloureux au contact de l'instrument Des injections astringentes, alumineuses par exemple, pratiquées depuis quelque temps, tannent, rident et rétrécissent le vagin, au point que, quand on veut, sans préparation aucune, introduire le *speculum*, on est tout étonné de ne plus pouvoir le faire, du moins sans peine ni douleur. Des altérations de tissu, telles que le squirrhe, des ulcérations ou des excroissances syphilitiques ou cancéreuses; des tumeurs polypeuses ou cystiques, exigent des modifications dans le procédé opératoire et des précautions particulières. Dans tous les cas de maladies du vagin, il faut d'ordinaire, avant d'introduire le *speculum*, faire subir aux malades quelques préparations locales qui favoriseront cette opération; comme par exemple des bains entiers, des bains de siége, des injections médicamenteuses, quelquefois même des opérations préparatoires. D'autres fois c'est l'instrument lui-même qu'il faut modifier; aussi la plupart de ceux qui ont été inventés et décrits peuvent avoir leur utilité dans des cas exceptionnels.

L'état particulier de la matrice, et de son col principalement, doit toujours fixer l'attention de l'opérateur. L'utérus est sujet à une grande variété de déplacements et à des maladies nombreuses qui en modifient la forme, le volume et la position.

Quelques auteurs ont décrit un déplacement de la matrice qui consiste dans une position très-élevée de cet organe, position dans laquelle il est retenu par une cause quelconque et qui rend l'exploration du col très-difficile. Ce n'est qu'au moyen d'un *speculum* très-long (*speculum* de Lisfranc) qu'on peut y atteindre, à moins de pousser celui de grandeur ordinaire complétement dans le vagin et au delà du muscle constricteur de ce canal, qui retient alors l'instrument; quand il y a abaissement de la matrice, l'opération est au contraire très-facile. La rétroversion et l'antéversion exigent, pour faire pénétrer le col dans l'ouverture supérieure du *speculum*, une manœuvre particulière, qui consiste à porter l'extrémité supérieure de l'instrument fortement en arrière, pour aller ramasser le col sur l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin sur laquelle il arc-boute, ou de raser la paroi antérieure le long de la symphyse pubienne, pour saisir le col. Dans ce dernier cas, j'ai réussi non-seulement à le saisir, mais encore à redresser la matrice en tournant le bec de l'instrument en avant de manière à avoir plus de prise. Si l'un ou l'autre de ces déplacements a été reconnu, il faut même chercher à redresser la matrice avec le doigt avant de pousser le *speculum* dans le vagin. Ce redressement est impossible quand il y a immobilité ou fixité de l'organe par suite d'adhérences.

Le museau de tanche est très-sujet à s'hypertrophier dans plusieurs des maladies auxquelles il est sujet. Alors le *speculum* cylindrique du plus grand diamètre ne suffit pas pour le recevoir. Dans ce cas, on examine les lèvres l'une après l'autre, ou l'on fixe l'extrémité de l'instrument contre l'orifice. On est tenté de croire qu'alors le *speculum* brisé, qui s'ouvre largement dans le fond du vagin, devrait trouver une application toute spéciale et rendre de grands services. Il n'en est rien le plus ordinairement; le vagin vient presque toujours masquer les parties qu'on veut voir de plus près. Quand le col est dégénéré en un gros chou-fleur cancéreux, le toucher donne des notions plus exactes que la vue, et le *speculum* est à peu près inutile, excepté pour cautériser ou tamponner en cas d'hémorrhagie; car cet instrument facilite extrêmement cette dernière opération dans tous les cas où elle devient nécessaire. Dans le cancer ulcéré, il faut se garder d'employer le *speculum* sans nécessité; et si on en fait usage, l'intro-

duire avec beaucoup de précaution et de douceur, pour ne pas donner lieu à des hémorrhagies affaiblissantes et difficiles à arrêter.

Pour faciliter l'introduction du *speculum*, mais surtout pour voir plus facilement les parties qu'on veut examiner et pour pratiquer certaines opérations dans le vagin ou au col de la matrice, on pourrait donner à la femme d'autres postures que celle qu'on lui fait prendre ordinairement. Ainsi, rien n'empêche de la placer sur un des côtés du corps et de lui donner cette posture connue parmi les accoucheurs sous le nom de *position anglaise* ; ou bien de la mettre sur les coudes et sur les genoux, position qui m'a facilité quelquefois le diagnostic de la fistule vésico-vaginale et l'opération de la suture.

Depuis quelque temps on parle beaucoup de l'abus qu'on fait du *speculum* dans la pratique. Ceux-là peuvent en abuser qui ne savent pas quand son emploi est nécessaire et comment il faut s'en servir. Pour tous ceux qui ont fait une étude complète des maladies propres aux femmes, cet instrument est un moyen de diagnostic précieux, et l'on doit à M. Récamier qui, le premier, l'a réintroduit dans la pratique et lui a donné la forme la plus avantageuse, de grandes obligations.

---

23. *Nouvel essai de l'opération de la cataracte par aspiration ou succion* ; par M. Laugier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

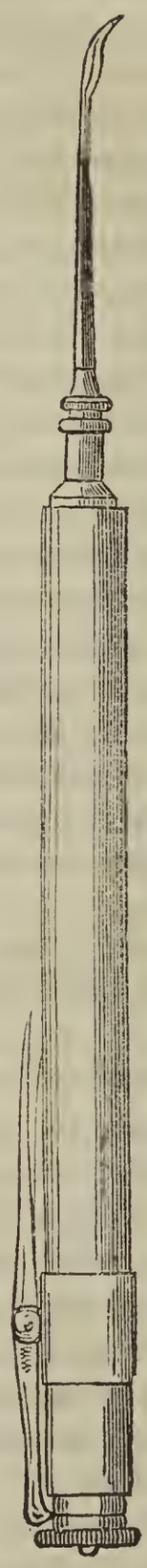
(Revue médico-chirurgicale, juin 1848.)

Dans le courant de l'année 1847, j'ai publié un article sur une nouvelle méthode d'opérer la cataracte. Elle consiste à en absorber les parties liquides à l'aide d'une aiguille creuse munie d'un corps de pompe et d'un piston. Dans mon Mémoire, je faisais remarquer que des traces d'une opération par succion de la cataracte existaient dans Albucasis. Une sorte de polémique suivit cette publication, on me contesta l'invention de l'instrument dont je me suis servi la première fois. Une seringue d'Anel était adaptée à l'aiguille, et exigeait l'intervention d'un aide pour faire mouvoir le piston. J'ai modifié l'instrument et supprimé l'aide. Je répondis d'ailleurs que ce n'était pas dans l'instrument que pouvait consister la méthode par succion, et qu'en posant les conditions de cette méthode, en la constituant *intra-capsulaire*, je faisais ce qu'aucun travail antérieur au mien n'avait encore indiqué. A cette époque, je reçus une lettre de M. Sichel, qui considérait l'idée comme *neuve*, mais, suivant lui, applicable à un petit nombre de cas. M. Malgaigne, dans ce journal même

où ma première publication avait été faite, M. Cunier, publièrent leurs recherches historiques sur la succion, et donnèrent par leurs travaux un nouveau prix à l'idée que j'avais émise. En effet, il résultait de l'étude historique de cette opération, d'ailleurs complétement abandonnée depuis longtemps, qu'aucun des procédés tentés avant moi n'avait supposé les mêmes conditions, et ne s'était exercé dans les mêmes limites, celle du cristallin.

J'ai fait à la Pitié, en décembre 1847, un nouvel essai de cette opération, qui a été couronné d'un prompt succès. L'observation est d'autant plus intéressante, qu'elle donne une grande extension à la méthode; je suis autorisé à penser aujourd'hui qu'elle peut convenir, c'est-à-dire *être préférée*, non-seulement dans des cas où la cataracte serait tout à fait liquide, mais encore lorsque le centre du cristallin aurait une densité qui ne lui permettrait pas d'être absorbé par succion. La succion devient alors une modification très-favorable de l'*abaissement*, qui se fait plutôt par la chute des parties opaques au-dessous de la pupille, dans la chambre postérieure, derrière la capsule antérieure *restée transparente*, que par leur dépression avec l'aiguille.

J'ai commencé par modifier l'instrument, comme je l'ai déjà dit, dans le but de rendre l'opérateur indépendant de l'aide, auquel je m'étais vu forcé d'abord de confier le piston de la petite seringue adaptée à l'aiguille. Pour cela, j'ai imaginé de rendre le corps de pompe plus petit, et de l'envelopper d'un second cy-



L'instrument fermé.

Coupe de l'instrument ouvert.

lindre du même métal, en laissant entre les deux cylindres un petit espace où je dispose un ressort en spirale. La partie supérieure du piston, au lieu de représenter un anneau, forme aussi une portion de cylindre qui pénètre entre les deux autres, et presse par son bord circulaire sur le ressort en spirale; elle est maintenue dans cette position par un petit ressort à bascule fixé sur le cylindre d'enveloppe par une virole mobile extérieure. Une des extrémités de la bascule est disposée de manière à s'engager dans plusieurs rainures circulaires tracées sur le cylindre du piston; l'autre forme un levier à ressort sur lequel presse le pouce du chirurgien, quand il juge à propos de faire mouvoir le piston. A cette pression, qui peut être intermittente, celui-ci se meut, la succion s'opère dans le corps de pompe; mais elle peut se faire en plusieurs temps, parce que chaque rainure circulaire (il y en trois) arrête le mouvement dès qu'on cesse de presser sur la bascule.

Telles sont les modifications faites à l'instrument dont j'avais parlé dans mon premier Mémoire. Il pénètre dans l'œil par une aiguille en fer de lance, cylindrique et creuse, vissée sur le corps de pompe.

Voyons maintenant l'observation.

Obs. — J'avais opéré madame Gely d'une cataracte de l'œil gauche, en novembre 1846. Le cristallin était mou et avait dû être broyé. Deux mois au moins avaient été nécessaires pour la disparition des fragments tombés dans la chambre antérieure et obstruant en partie la pupille; la vision était bonne. Lorsqu'elle s'adressa à moi, au mois de novembre 1847, pour la cataracte de l'œil droit, j'espérai trouver le cristallin dans des conditions favorables à la succion. La capsule antérieure était restée transparente; je me proposai de la respecter. La cataracte était sans complication; son aspect était d'un blanc laiteux, plus foncé au centre. L'aiguille plongée dans la sclérotique, comme pour l'abaissement, j'engageai la lance dans le cristallin, en tournant vers moi l'ouverture qu'elle présente. Pendant le mouvement d'ascension du piston dans le corps de pompe, la pupille s'éclaircit aussitôt. Ce changement fut manifeste pour les témoins de l'opération. Elle me paraissait terminée, et j'imprimais un léger mouvement à l'aiguille pour la retirer, lorsqu'un gros fragment de cataracte, de la forme du cristallin, mais beaucoup plus petit, évidemment le noyau de la lentille, remonta vis à vis le centre de la pupille; mais comme l'aiguille à succion est très-convenable pour l'abaissement, j'en portai la pointe sur ce fragment, et le plus léger choc suffit pour le faire retomber au-dessous de la pupille, qui resta parfaitement nette.

La malade n'avait point souffert pendant l'opération ; elle n'éprouva ni douleur ni accident les jours qui la suivirent. Dès les premiers, la vision était aussi parfaite qu'on pouvait le desirer. Deux semaines après l'opération, la malade sortit de l'hôpital distinguant très-bien les objets sans lunettes à cataracte, mais les voyant plus nettement en se servant d'un verre convexe.

Après l'opération, j'avais trouvé dans le corps de pompe de l'aiguille une quantité de fluide légèrement visqueux et limpide, que je puis évaluer au tiers d'une cuillerée à café. Je n'y distinguai *aucune trace d'opacité*, et je dus en conclure qne je n'avais retiré de l'œil qu'une petite portion d'humeur vitrée, à moins que le liquide de Morgagni ne fût chez cette femme très-fluide et tout à fait transparent. Quoi qu'il en soit, l'opération avait été simple, et réduite à une simple ponction de l'œil. Aucun mouvement de l'aiguille qui ait pu compromettre les membranes ; et, de quelque manière que l'on voulût expliquer le succès, il avait été aussi complet que possible.

Était-ce bien la succion de la cataracte, comme je l'ai proposée, celle de la partie fluide du cristallin devenu opaque ? On peut en douter ; mais plusieurs faits incontestables résultent de cette observation.

1° Malgré la piqûre de la capsule postérieure, la capsule antérieure avait conservé sa transparence. On peut donc, dans tous les cas analogues, la respecter.

2° Sous l'influence de la succion, la pupille avait été débarrassée de l'opacité qui masquait la vision ; les parties opaques du cristallin étaient tombées au-dessous du champ de la pupille, et si le fluide trouvé dans le corps de pompe de l'aiguille n'est autre que de l'humeur vitrée, la succion a donc eu pour effet de faire au-dessous de la cataracte une place que les parties opaques du cristallin occupent aussitôt, et où elles restent sans être repoussées par les fluides, que l'on ne fait que déplacer dans l'abaissement ordinaire. Si, dans ce cas, la succion se réduit à une modification de l'abaissement, cette modification ne laisse pas que d'être avantageuse, puisqu'elle évite des mouvements d'aiguille dangereux, et prévient la réascension du cristallin.

3° L'absence complète d'accidents consécutifs, de toute congestion du globe oculaire, de toute douleur, bien qu'elle ne soit pas sans exemple dans l'abaissement ordinaire, n'est-elle pas due en grande partie à la perte d'humeur vitrée opérée par la succion ? C'est un fait acquis à la science, comme l'a avancé M. le professeur Roux, que, dans l'extraction, cette perte, pourvu qu'elle ne

dépasse pas une certaine mesure, est plutôt avantageuse que nuisible, en prévenant le gonflement inflammatoire de l'œil. On a justement reproché à l'abaissement de produire une piqûre profonde suivie d'hypersécrétion des humeurs et d'une sorte d'étranglement; l'abaissement précédé de la succion serait-il dégagé de ces inconvénients souvent graves? Il est raisonnable de l'espérer, s'il n'est pas permis de le conclure d'une seule observation.

Mais, s'il en est réellement ainsi, j'aurais raison de penser que la succion ne sera point désormais restreinte aux cataractes fluides, et qu'en devenant une heureuse modification de l'abaissement, elle sera, dans la plupart des cas, employée avec avantage pour favoriser la chute et la dépression des parties opaques, prévenir en même temps la cataracte secondaire par réascension du cristallin, et les accidents inflammatoires qui suivent assez souvent la dépression.

---

24. *Note sur un procédé pour l'extirpation des ganglions lymphatiques engorgés*; par M. Diday, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

(Journal de Médecine de Lyon, avril 1848.)

Il se présente quelquefois en chirurgie, plus fréquemment dans la pratique des maladies vénériennes, un cas assez embarrassant pour le médecin. Une glande lymphatique, à l'aine par exemple, s'est engorgée; la suppuration, après avoir frappé le tissu cellulaire qui l'entoure, s'est fait jour au dehors: et, malgré l'administration méthodique et tenace des résolutifs locaux et généraux, dynamiques et mécaniques, le noyau ganglionnaire persiste au même degré de volume et de dureté, quoique la thérapeutique, aidée de l'hygiène, aidée surtout du temps, ait pu tenter des efforts désespérés.

En cette occurrence, l'impossibilité de la résolution bien reconnue, un seul moyen se présente: enlever la glande qu'on en peut rendre à son volume normal, et dont la présence entretient une gêne des mouvements et une suppuration si pénibles. Or, pour opérer cette ablation, trois procédés sont en présence: la cautérisation, la ligature et l'excision, tous trois ayant leurs partisans et leurs cas d'application. L'appréciation de leur valeur comparative me sera d'autant plus facile que je puis maintenant la baser sur une expérience assez étendue.

La cautérisation, si généralement répandue depuis l'invention du caustique de Vienne, a dû une propagation encore plus active, dans ces dernières années, à l'exemple de M. Ricord qui l'ap-

plique à presque tous les cas d'engorgement ganglionnaire chronique rebelle, alors même qu'il n'existe point de solution de continuité à la peau. Quoique je la croie indiquée dans certaines circonstances, on ne saurait pourtant oublier que ce mode opératoire est très-long, extrêmement douloureux ; que, malgré toutes les précautions, il entame largement les téguments et expose en conséquence à une cicatrisation difforme ; qu'avec lui on n'est jamais sûr d'emporter la totalité des tissus malades sans courir le risque de dépasser inutilement, et parfois dangereusement, leur limite.—Je me borne à ces objections ; elles seraient difficilement réfutables, parce que les inconvénients qu'elles signalent sont inhérents à l'essence même du procédé.

La ligature ne serait possible que dans un seul cas : sur des glandes déjà presqu'entièrement isolées par la suppuration et ne tenant, en quelque sorte, plus aux parties voisines que par un pédicule. Moyen fort expéditif dans cette circonstance, il ne mérite point, vu la rareté de celle-ci, de voir sa valeur discutée comme méthode générale.

Quant à l'excision avec le bistouri ou les ciseaux courbes, je l'ai vue préconisée dans plusieurs livres et je l'ai moi-même voulu pratiquer. Je dis : *voulu* pratiquer, car les premiers résultats me découragèrent promptement d'y revenir. Le motif en est aisé à comprendre, mais ce point exige néanmoins quelques développements, parce que là se trouve l'idée première du procédé que je viens proposer.

Lorsqu'on veut retrancher du corps une partie quelconque au moyen de l'instrument tranchant, il est une condition indispensable, c'est de la maintenir fixée pendant qu'on opère la section ; et cette condition est d'autant plus rigoureusement nécessaire que la partie à enlever est naturellement plus mobile.

Qui irait s'aventurer à couper un polype utérin sans l'avoir préalablement saisi avec une érigne ? à tailler le mince lambeau, dans l'opération du bec de lièvre ou de la staphyloraphie, sans assujettir en même temps de l'autre main le bord libre de la fissure congénitale ? à exciser l'amygdale hypertrophiée, sans l'avoir d'abord accrochée avec la pince de Museux ? Evidemment cette précaution, dont nos arts mécaniques montrent à chaque instant la nécessité, ne saurait être omise sans rendre l'ablation laborieuse, incertaine, incomplète, parfois périlleuse, souvent impossible ; et ces inconvénients, je le répète, seront d'autant plus à craindre que la partie à extirper est plus mobile.

Or, il existe pour nos organes, soit sains soit morbides, deux sortes de mobilité : l'une par l'axité des connexions, l'autre par

mollesse de la texture. Dire que ces deux causes se trouvent au plus haut degré réunies dans les ganglions engorgés et suppurés, ne sera rien apprendre de nouveau à ceux qui ont pu observer par eux-mêmes quelques cas de cette espèce. D'abord le pus qui s'est formé entre les téguments et la glande a isolé celle-ci, l'a rendue jusqu'à un certain point, sinon vacillante, du moins ne tenant plus aux parties ambiantes que par sa moitié profonde, circonstance extrêmement fréquente à une période un peu avancée du mal. En second lieu, qui ne connaît le défaut de cohésion, la structure presque cassante de ces ganglions frappés d'engorgement chronique ? J'emprunte, pour la mieux caractériser, les lignes suivantes à un article classique sur ce genre d'affections : « Le tissu de la tumeur est très-friable, s'écrasant sous le doigt et se rapproche un peu du tissu encéphaloïde qui commence à se ramollir. » (Ollivier, *Dictio. de médecine* en 25 vol., t. 18, pag. 380). La comparaison donne, ce me semble, une idée suffisante des obstacles qu'une pareille texture doit apporter au succès de l'excision. Comment parvenir à fixer, de manière à la circonscrire avec le bistouri, une masse que des pinces laissent glisser entre leurs mors, que l'érigne traverse à la moindre pression, qu'un fil coupe dès qu'on veut tirer sur lui? Aussi ai-je dû renoncer à ce procédé qui jamais ne m'a permis que de commencer l'extirpation sans pouvoir l'achever, le champignon ganglionnaire fuyant au-devant du tranchant aussitôt qne celui-ci l'avait isolé en partie, et devenant dès-lors incapable de lui opposer la résistance sans laquelle il n'est point de section praticable.

L'indication d'un meilleur procédé naissait trop naturellement de ces insuccès pour ne s'être pas présentée immédiatement à mon esprit. La comparaison ci-dessus va à la fois nous en montrer la nécessité et découvrir le mécanisme. Je citais tout à l'heure la ressemblance constatée entre les ganglions engorgés et l'encéphaloïde. Or, pour suivre l'analogie jusqu'au bout, à qui, sur nos tables, viendrait l'idée, en découpant une tête de veau, d'employer le couteau pour servir la cervelle? C'est là l'office de la cuillère : c'est donc également à la cuillère que j'ai songé à m'adresser pour remplir un but si semblable sous beaucoup de rapports. Je vais maintenant décrire l'instrument d'abord, puis l'opération.

J'ai fait confectionner une petite cuiller en acier ayant en tout 11 centimètres de longueur ; le manche en compte 8 et demi, il fait avec la portion concave un angle de 148 mil., un peu moins obtus par conséquent que celui de nos ustensiles de table. Quant

à la cuiller proprement dite, elle représente un segment d'ellipsoïde; ses bords sont tranchants ; sa concavité n'est que de 4 à 5 millimètres : elle porte 2 centimètres et demi de longueur et un centimètre et demi dans sa plus grande largeur ; son extrémité se termine par une pointe assez aiguë.

L'emploi de cet instrument, si analogue à la cuiller tranchante proposée au XVIe siècle par Bartisch, pour l'extirpation du globe oculaire, se comprendrait à la riguenr par sa seule description. Il importe cependant d'insister sur quelques détails, afin que tous sachent, non-seulement l'appliquer sans peine, mais encore en tirer tout le parti possible.

Pour que le procédé soit indiqué, il faut qu'il existe à la peau une plaie d'au moins un centimètre et demi (largeur de la cuiller). Le chirurgien devrait l'agrandir si elle n'avait pas cette dimension. — C'est encore pour moi une question que de savoir s'il conviendrait d'inciser les téguments, dans les cas où ils seraient restés sains malgré l'engorgement glandulaire ; car le fait même de leur intégrité me détournerait du parti de l'extirpation, puisqu'on peut toujours espérer la résolution d'une glande tant qu'elle n'a pas été cernée par la suppuration, et que d'ailleurs la promptitude de la guérison obtenue par l'excision serait ici un avantage, plus que coutrebalancé à mes yeux par la cicatrice apparente que celle-ci occasionnerait forcément.

Ce peu de mots suffit pour montrer à quelle espèce et à quelle période de l'engorgement ganglionnaire, j'entends plus particulièrement appliquer mon procédé. — Je n'ai pas besoin d'en excepter nominativement l'induration spécifique, suite immédiate du chancre induré ; cette lésion, indice ou plutôt avant-coureur de l'infection syphilitique constitutionnelle, n'étant justiciable que d'un traitement général.

La glande lymphatique, telle qu'elle existe dans les conditions qui se prêtent à l'extirpation, se présente le plus souvent sous forme d'une masse globuleuse, ponr ainsi dire d'une bille dont le travail de suppuration aurait isolé la partie antérieure de ses connexions avec les tissus voisins. Il ne s'agit donc plus ordinairement pour l'opérateur que d'achever une séparation que le *processus* inflammatoire a commencée. J'insiste sur ce fait, parce que le champignon, ainsi naturellement détaché à moitié, offre un moyen sûr et facile au médecin pour apprécier son volume réel. En effet, si du bout du doigt placé sur la portion du ganglion qui paraît à l'extérieur, il imprime à celui-ci quelques mouvements de latéralité, l'étendue, la direction et la profondeur, où l'ébranlement pourra se propager, lui feront infailliblement

reconnaître les limites de la tumeur à extirper, et par conséquent le point où il lui faut porter l'instrument pour la circonscrire en entier. Il ne devra donc jamais négliger au préalable cette manœuvre si simple d'exploration.

Cette notion bien établie, le chirurgien placé en dehors de l'aine malade (1) saisit la petite cuiller de la main droite tenue en pronation moyenne. Il lui fait traverser la solution de continuité, pour l'introduire sous la peau, en tenant sa face concave tournée vers la partie superficielle du ganglion à enlever. Il commence alors par circonscrire la moitié inférieure de celui-ci ; ce temps doit s'exécuter le premier parce que, nécessitant le mouvement de pronation forcée qu'on ne peut conduire aussi librement que celui de supination, il ne s'accomplirait que d'une façon pénible et imparfaite, s'il portait sur une glande déjà détachée par en haut et conséquemment mobile. On fait ensuite revenir la cuiller au devant puis en haut de la masse morbide, et par un mouvement de supination on achève de détruire successivement les rapports de sa partie supérieure et enfin ceux de sa face profonde. L'énucléation dès lors est complète ; et il ne reste plus qu'à ramener au dehors le produit de l'opération dans la cavité de l'instrument.

Telle est la structure cassante et éminemment sécable du tissu glandulaire engorgé, que jamais je n'ai eu besoin de faire avancer l'instrument par un mouvement de scie. La simple pression m'a toujours suffi. C'est là du reste une importante condition de sécurité pour le malade. Par la pression, en effet, il se peut qu'on termine un peu moins vite ; mais au moins ne risquera-t-on point de léser les vaisseaux cruraux sous-jacents, car il est indubitable que, le voulût-on même, la pression d'un rebord aussi peu tranchant que celui-ci ne saurait diviser l'aponévrose sous laquelle se cache le cordon vasculaire. Pour ce même motif, il faudra se garder de faire cheminer l'instrument, la pointe dirigée vers les parties profondes.

Quand une première tentative n'a *curé* qu'une partie du foyer ganglionnaire, on achèvera de le débarrasser de la même manière, soit immédiatement soit en une autre séance. Parfois, comme du reste après la cautérisation, la moitié apparente de la glande ayant été extirpée, on en voit surgir au bout de quelques jours une nouvelle portion qu'il faut de nouveau extraire. — Une fois la plaie délivrée de cette sorte de *pois à cautère*

(1) Je suppose, pour plus de simplicité dans la description, le cas qui d'ailleurs se présente le plus souvent, c'est-à-dire l'extirpation d'une glande engorgée du pli inguinal.

organique qui l'eût indéfiniment perpétuée, elle marche sans entraves vers une prompte cicatrisation. — Les phénomènes inflammatoires consécutifs à l'opération sont nuls, quant à la réaction générale, extrêmement modérés sur place. Bref, tout se passe comme si l'on avait enlevé un corps étranger, bien plus que comme après l'ablation d'une partie des tissus vivants.

J'ai déjà mis ce procédé en pratique sur six malades affectés de bubons suppurés, où la présence d'une masse engorgée rendait la cure interminable; et chez tous, le résultat instantanément obtenu m'a prouvé l'incontestable supériorité de l'*énucléation* sur la lente et douloureuse cautérisation, sur l'excision si souvent impossible, si généralement incertaine.

Je ne m'arrêterai pas à nombrer les avantages de ce mode opératoire; ils ressortiront, je l'espère, évidents de la discussion que pourra soulever cette courte ébauche, et plus évidents encore de l'expérience qu'en feront mes confrères. Je veux seulement parler d'un de ses inconvénients et indiquer la manière de le prévenir.

A la suite de ma première opération, il se manifesta une hémorrhagie en nappe, fort abondante et qui ne put, en mon absence, être maîtrisée que par l'application de boulettes de charpie maintenues au moyen d'un spica qu'on dut laisser en place pendant 48 heures. — En réfléchissant à la cause de cet accident, je parvins aisément à m'en expliquer le mécanisme. La persistance de l'hémorrhagie tient uniquement ici au changement que nous avons vu tout à l'heure être apporté par l'inflammation chronique dans la structure du ganglion. Traversant donc un tissu dur, friable, sans flexibilité ni mollesse, les vaisseaux sont par lui maintenus rigides et ne peuvent, qnand ils ont été divisés, ni se rétracter selon leur longueur ni se contracter selon leur diamètre. Aussi ces deux agents principaux de l'hémostase spontanée faisant ici défaut, le sang doit-il sourdre de leur section, absolument comme il sort après une solution de continuité du système osseux, c'est-à-dire d'une manière incessante et sans pouvoir s'arrêter de lui-même.

L'étude de la cause éclairant celle du remède, je trouvai bientôt, outre le moyen de combattre ce saignement excessif, la précaution propre à le prévenir. En effet, cette condition des vaisseaux, qui les prédispose à laisser échapper le sang, cesse ou, pour mieux dire, n'existe pas en eux avant qu'ils entrent dans la glande engorgée. Par conséquent, si l'on veut pouvoir facilement se rendre maître de l'écoulement sanguin, il importe et en même temps il suffit que l'instrument les divise dans un point extérieur

au ganglion altéré, au moment où ils vont le pénétrer pour lui porter sa nutrition. Il en est là tout à fait comme pour l'excision des tumeurs érectiles, où la perte de sang, si formidable lorsqu'on a taillé en pleine masse morbide, est au contraire insignifiante quand on a su maintenir l'action du bistouri en dehors de ses limites. Aussi pourrons-nous, avec Dupuytren, dire que dans l'un et l'autre cas l'absence d'hémorrhagie est à la fois une garantie d'innocuité et une preuve positive que l'extirpation a été complète. Je ne saurais donc trop engager, si l'on veut éviter un accident toujours ennuyeux, à circonscrire autant que possible la totalité de la tumeur au lieu de trancher dans son épaisseur. Plus on coupera de parties, moins on aura de sang.

Au fait, depuis ma première opération, il ne m'est plus arrivé une seule fois d'avoir à lutter contre ce symptôme. Voici la conduite qui, sous ce rapport, m'a constamment réussi. Comme dans le système osseux, les orifices des vaisseaux divisés ne pouvant ici se rétrécir, il faut, comme on le fait pour le système osseux après l'amputation, les fermer momentanément avec un corps directement appliqué sur leur lumière béante. Aussitôt donc que j'ai extrait le ganglion, je roule une petite boulette de charpie entre mes mains jusqu'à ce qu'elle soit bien compacte et serrée, et je l'insinue dans le fond même du foyer. Une ou plusieurs autres sont alors superposées à la première, et j'engage le malade à presser avec deux doigts, un peu fortement et d'arrière en avant, sur la boulette la plus extérieure. Grâce à ce tamponnement extemporané, que le chirurgien devrait maintenir lui-même pour peu qu'il se défiât de l'intelligence de son client, au bout d'une demi-heure, tout danger d'hémorrhagie est conjuré : du moins, n'en ai-je plus observé même la plus légère apparence, depuis que j'use de cette simple précaution.

OPHTHALMOLOGIE. — 25. *Réflexions pratiques sur les kystes developpés dans l'orbite*; par le docteur TAVIGNOT, ex-chef de Clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, juillet 1848.)

J'ai recueilli depuis plusieurs années quelques cas intéressants de kystes de l'orbite : le hasard, sous ce rapport, m'a un peu favorisé ; car cette maladie est, comme on le sait, assez rare.

Déjà, en 1844 et en 1846, j'ai publié des observations sur ce sujet encore mal connu ; en 1847, j'ai consacré 30 pages de mon *Traité clinique des maladies des yeux* à la description des *Tumeurs de l'orbite* et un chapitre spécial à l'examen des hystes développés dans l'intérieur de cette cavité.

Je reviens aujourd'hui sur la même question dans l'espoir de compléter cette partie de la science, soit à l'aide de faits nouveaux, soit par les conclusions qui découlent de la comparaison que l'on peut établir entre les diverses observations analogues que j'ai recueillies.

Nous admettrons tout d'abord trois catégories de kystes de l'orbite. Cette division est basée sur l'anatomie pathologique.

1° *Kystes simples;* 2° *Kystes hydatiques*; 3° *Kystes composés.*

Il serait difficile d'établir quel est le degré relatif de fréquence de ces différentes variétés de la même affection; les faits que la science possède ne sont pas assez nombreux pour justifier une conclusion à cet égard.

Les observations que je vais rapporter, en même temps qu'elles justifieront la classification que nous avons admise, indiqueront aussi quelle est la thérapeutique la plus efficace dans les diverses espèces de kystes de l'orbite.

Obs. I. *Kyste simple, excision, guérison.*—Durand, boucher, 26 ans; début de l'exophthalmie et du trouble de la vue datant de six mois. Un an auparavant, le malade avait reçu sur la pommette gauche le choc violent d'une grosse barre de fer. Le kyste fit des progrès incessants sans déterminer de douleurs.

Le 5 Juillet 1844.—L'état actuel est le suivant : Le globe de l'œil gauche a son volume normal; il n'existe pas de strabisme; pupille contractile par elle-même; humeurs et membranes de l'œil transparentes; intégrité des mouvements des muscles droits et obliques. Vision affaiblie, et, notons ce fait, presbyopie du côté malade seulement. La paupière inférieure est légèrement déjetée en dehors; la supérieure un peu plus abaissée qu'à l'état normal. Au-dessus de son bord libre, se rencontre une légère saillie bosselée, plus prononcée pendant l'occlusion des paupières. Pendant la contraction de l'élévateur, il est facile de s'assurer, avec la pulpe du doigt qu'il ne passe aucune fibre de ce muscle au-devant de la tumeur. Cherche-t-on à insinuer le doigt entre la voûte orbitaire et le globe de l'œil gauche, on rencontre vers la partie moyenne de la région une tumeur arrondie, dure, immobile, paraissant adhérer à la voûte de l'orbite. Il est impossible de s'assurer, à cause de la profondeur qu'il faudrait atteindre, si elle envoie des prolongements, soit en dedans, soit en dehors du côté de la glande lacrymale. Je soupçonne l'existence de la fluctuation.

Le 11. — Incision concentrique à l'arcade orbitaire et parallèle aux fibres de l'orbiculaire; la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale se présentent d'abord; au-dessous d'eux

apparaît une languette adipeuse qui simule un instant la présence d'un lipôme. Cette première tumeur enlevée, on aperçoit le kyste reconnaissable à son aspect noirâtre particulier; ses parois paraissaient adhérer fortement à la voûte orbitaire. Incisé largement, il s'écoule une substance albumineuse semi-liquide, très-visqueuse. Sa cavité pourrait loger un œuf de pigeon. Je constate également, à l'aide du doigt, que la voûte orbitaire est irrégulière et comme érodée; en explorant le côté externe on peut pénétrer dans la fossette lacrymale sans y rencontrer la glande.

La partie antérieure du kyste est excisée dans la plus grande étendue possible. A l'aide de bandelettes de diachylon, on tente la réunion par première intention.

Le 15.—Infiltration sanguine de la paupière supérieure; réunion par première intention parfaite.

Le 20.—L'œil est mobile dans tous les sens; la pupille parfaitement contractile. La vision n'est pas encore normale, mais elle a gagné quelque chose depuis l'opération; le malade voit de ce côté à la même distance que de l'autre : il n'est donc plus presbyte.

L'observation de ce malade présente quelques particularités dignes d'être notées. La présence d'un paquet de tissus cellulo-graisseux au-devant du kyste pouvait être une cause d'erreur de diagnostic. Ainsi à supposer que l'on eût pratiqué une ponction exploratrice, l'instrument pouvait s'arrêter à la première tumeur et autoriser le chirurgien à rejeter l'idée d'un kyste. De plus, l'opération avait été commencée dans le dessein de pratiquer l'ablation complète de la tumeur; mais on a vu que l'adhérence intime et l'espèce de fusion qui s'était opérée entre la partie supérieure du kyste et le périoste de la voûte orbitaire n'ont pas permis de terminer de cette manière la manœuvre opératoire.

L'excision qui fut substituée à l'ablation a eu les plus beaux résultats, et l'opération s'est trouvée ainsi simplifiée au grand profit du patient. C'est donc une méthode à conserver toutes les fois qu'elle est applicable. Voici maintenant une autre observation de kyste simple de l'orbite que je me proposais de traiter soit par l'excision, soit même par l'ablation; toutefois comme il s'agissait d'une jeune fille, j'ai voulu lui épargner le léger inconvénient d'une cicatrice et j'ai employé une autre méthode.

Obs. II. *Kyste simple. — Injection iodée. — Guérison.*—Mademoiselle Branger, âgée de 12 ans, 136, rue du Faubourg-Poissonnière, fut amenée à ma consultation le 25 février 1848. Chute il y a cinq semaines sur l'orbite gauche; huit jours après, apparition d'une exophthalmie du côté droit; depuis huit jours,

la vue se trouble ; il existe de la douleur dans le nez, le front, la tempe ; à dater de cette même époque, cette douleur est parfois assez vive pour empêcher la malade de dormir. Cette enfant, qui est très-intelligente, dit éprouver dans l'orbite, au point correspondant à la tumeur, des élancements analogues à des piqûres d'épingles : ce sont ses propres expressions. Ces élancements sont plus prononcés le soir que dans la journée...

L'œil droit est abaissé vers la joue, et plus saillant que son congénère d'un centimètre à un centimètre et demi environ ; les paupières le recouvrent encore assez facilement ; ses mouvements sont presque impossibles en haut, et très-restreints latéralement... Il existe de l'épiphora.

La paupière supérieure, lorsqu'elle est abaissée, paraît divisée en deux parties par un sillon transversal que limitent, en bas, une saillie formée par le globe oculaire, et en haut, une autre saillie produite par la tumeur elle-même. A des mouvements répétés des paupières, je m'assure que le muscle élévateur passe au-dessous de la tumeur et non au devant. Les deux tiers externes de l'orbite ne présentent rien d'anormal ; ce n'est que vers le tiers interne de cette cavité que l'on rencontre une tumeur à surface lisse, non bosselée, et qui peut avoir dans sa partie proéminente le volume d'une noisette. Cette tumeur n'est pas appréciable à la vue, elle n'atteint pas le niveau du rebord orbitaire ; c'est à peine si elle se dessine légèrement, en soulevant un peu la base de la paupière supérieure. Elle paraît fixe, quoique susceptible de quelques déplacements latéraux... Sa consistance est un peu mollasse, et on peut croire à la fluctuation. Le globe oculaire ne présente rien d'anormal dans sa texture ; l'iris est contractile ; la vision est un peu moins nette que du côté opposé, sans autres caractères spéciaux ; c'est ainsi qu'il n'existe ni myopie, ni presbyopie, sortes de lésions fonctionnelles que nous avons notées dans d'autres circonstances.—J'essaie, comme médication interne, l'iodure de potassium à la dose de 0,50, puis de 0,75 ; à l'extérieur, je prescris des frictions avec l'onguent mercuriel. Ce traitement, continué cinq à six semaines, n'amena aucun résultat favorable.

Le 25 Mars. — Je pratique sur la tumeur une ponction exploratrice avec une aiguille à cataracte ; il s'écoule par la petite plaie plusieurs gouttelettes d'un liquide séreux.—Les jours suivants le kyste s'est vidé peu à peu et l'œil est rentré dans l'orbite ; mais le liquide n'a pas tardé à se reproduire, et, le 20 avril, l'exophthalmie était encore plus prononcée qu'avant l'opération.

Le 27 Avril.—Ponction avec un trocart d'un médiocre volume :

issue d'une bonne cuillerée de sérosité transparente, ne présentant aucun caractère spécial ; puis je fais avec une seringue d'Anel deux injections successives avec le liquide suivant. Prenez : Eau distillée, 7 grammes.—Teinture d'iode, 1 gramme.—Iodure de potassium, 0,30.—Je laisse une portion de ce mélange dans l'intérieur du kyste.

Le 28.—Gonflement inflammatoire assez violent ; pas ou peu de réaction générale.

Le 30. — Rougeur et infiltration de la paupière supérieure ; exophthalmie plus prononcée qu'avant l'opération ; larmoiement, douleurs assez prononcées dans l'orbite et au pourtour : le gonflement général de la région malade a été plus fort hier qu'il ne l'est aujourd'hui : infiltration œdémateuse légère de la joue correspondante.

Le 4 Mai.—Il n'existe presque plus de gonflement de la paupière supérieure, qui a recouvré ses mouvements d'une manière à peu près complète. Les fonctions visuelles sont améliorées. Le kyste paraît assez distendu ; l'ouverture pratiquée est tout à fait cicatrisée. L'exophthalmie est déjà moins prononcée qu'avant l'opération , moins surtout qu'elle l'était pendant les premiers jours qui l'ont suivie.

Le 9. — L'œil est rentré d'une manière très-sensible dans sa cavité, et il ne dépasse que de fort peu son niveau normal ; mais la tumeur est devenue plus saillante ; la peau n'est pas rouge et rien n'indique un état phlegmasique des tissus environnants. La consistance du kyste est beaucoup plus prononcée qu'avant l'opération ; sa forme est plus conique ; il semble que son intérieur soit le siége d'un travail d'adhésion qui s'établirait au moyen de lymphe plastique épanchée. Pas de douleurs.

Le 23. — L'œil est rentré à peu près complétement dans l'orbite ; la paupière supérieure est encore un peu boursoufflée ; la tumeur est dure, conique, presque mobile ; elle est diminuée de volume depuis le dernier examen d'une manière très-sensible ; elle égale à peine aujourd'hui la grosseur d'un pois qui serait légèrement aplati. Le travail d'adhésion et de résorption des produits épanchés dans la cavité du kyste est évidemment en très-bonne voie. Plus d'épiphora ; vision normale.

Le fait dont on vient de lire les détails m'a paru assez intéressant pour être communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 29 mai dernier. Il montre, dans son éloquente simplicité, toutes les ressources que la thérapeutique peut tirer d'un diagnostic exact et précis, en même temps qu'il prouve, une fois de plus, combien il est souvent précieux en pathologie spéciale

de faire intervenir, pour les utiliser à l'occasion, les découvertes faites dans le domaine de la pathologie générale.

Obs. III. — *Kyste hydatique, incision, accidents, guérison.* — Au mois de septembre 1844, je fus consulté avec mon confrère, M. Veyne, pour le fils de M. Olivier, professeur à l'Université de Lausanne. D'après les consultations écrites de MM. Rilliet et Maunoir, de Genève, M. Mayor, de Lausanne, je soupçonnai l'existence d'une tumeur de l'orbite; plus tard, vers la fin de juillet 1845, l'enfant fut amené à Paris, et voici ce que j'observai :

Jules Olivier, âgé de 4 ans et demi, bonne santé habituelle ; pas de symptômes de scrofule ; parents d'une excellente constitution. Il y a quinze mois, coup sur le sourcil gauche, dans la direction du nerf frontal. Peu de temps après cet accident, les parents s'aperçurent d'un état anormal de l'œil droit. Trois mois après ce début, l'œil droit était sensiblement plus saillant que le gauche et la vue était perdue de ce côté.

Je constate que l'œil droit est projeté en haut et fait une saillie anormale d'au moins trois centimètres. Sa convexité antérieure se trouve placée au niveau de la racine du nez. Epiphora. Les paupières suffisent encore à protéger le globe de l'œil ; iris immobile d'une manière complète ; vision abolie ; cornée et humeurs diaphanes.

On rencontre, au-dessous du globe de l'œil et en rapport avec le plancher de l'orbite, une tumeur arrondie dont la partie antérieure paraît avoir le volume d'une aveline ; sa surface est lisse, régulière et donne la sensation d'un corps demi-élastique. Cette tumeur s'avance jusqu'au niveau du rebord orbitaire inférieur qu'elle ne dépasse pas ; elle paraît adhérer au plancher de l'orbite, et se continuer vers l'angle externe de l'œil avec une autre tumeur profondément située, et dont on peut suivre le relief en enfonçant, le plus possible, le doigt entre le globe oculaire et la paroi orbitaire correspondante.

Le 6 novembre 1845, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : la paupière inférieure étant renversée en dehors, la partie antérieure du kyste fut largement incisée avec un bistouri, et dans la direction du sillon oculo-palpébral ; il s'écoula aussitôt une cuillerée environ d'un liquide transparent et légèrement citrin. Au milieu de ce liquide, on rencontrait des corpuscules, les uns membraniformes, les autres arrondis et du volume d'un pois environ. — Le doigt introduit dans l'intérieur du kyste fit sortir de nouveaux débris analogues aux précédents ; il y en avait une vingtaine, peut-être même davantage. Ces petits cor-

puscules contenaient un liquide séreux ; leurs parois formées d'une membrane demit-ransparente étaient comme rougeâtres ; c'était évidemment là, non-seulement pour moi, mais de l'avis même des quatre confrères qui assistaient à l'opération, des acéphalocystes contenus dans une membrane générale d'enveloppe, laquelle adhérait aux os de l'orbite.

Les suites de l'opération furent désastreuses pour l'œil qui s'enflamma, se vida. Le moignon servit plus tard à l'application d'un œil d'émail que je fis porter à l'enfant, lequel n'a guéri, comme on voit, qu'au prix d'une regrettable mutilation.

Voici ce qui m'est arrivé pour ce malade : je fus consulté sur son affection, comme je l'ai déjà dit. Examen fait, *je diagnostiquai un kyste de l'orbite.* Les parents voulurent naturellement avoir d'autres avis ; ils s'adressèrent successivement à MM. Marjolin, Velpeau, Blandin et Lisfranc qui, d'une manière unanime, diagnostiquèrent un *cancer* de *l'orbite.* La confiance de la famille ne me fut pas précisément enlevée, mais elle fut ajournée jusqu'après l'opération. Je continuai néanmoins à voir l'enfant et à lui donner mes soins.

Ce fut M. Lisfranc qui pratiqua l'opération en ma présence ; le procédé employé est certainement défectueux, car en mettant en contact le pus, qui devait être sécrété par le kyste ouvert, avec la surface oculo-palpébrale, on exposait l'œil à une inflammation purulente : ce que j'avais prévu est arrivé. (*Voyez mon Traité des maladies des yeux*, p. 623.)

Obs. IV. — *Kyste composé, ablation, guérison.* — Le 8 mars 1844, est entré à l'hôpital de la Pitié et dans le service ophthalmologique, dirigé par moi, le nommé Franco, 38 ans, charretier. Le début de la maladie remonte à trois ans ; la cause en est restée inconnue; il n'y a jamais eu d'augmentation ni de diminution dans la sécrétion des larmes. L'œil commença par devenir plus saillant, les progrès du mal ont été lents. Le malade éprouve, depuis six semaines seulement, des picotements dans la tumeur, assez forts pour le réveiller la nuit.

Aujourd'hui, voici ce que j'observe : l'œil gauche, projeté directement en bas, atteint à peu près le niveau d'une ligne transversale qui passerait par le milieu du nez. Le globe oculaire a sa forme ordinaire, il est mobile dans tous les sens ; la pupille, très-peu contractile, est notablement rétrécie ; la chambre antérieure est diminuée d'étendue antéro-postérieure... La cornée est légèrement exulcérée vers son quart inférieur. La vision est modifiée, en ce sens que le malade est myope du côté malade et non de l'autre; les paupières recouvrent l'œil, lorsque la con-

traction de l'orbiculaire est énergique, tandis que, dans le clignement ordinaire, la partie antérieure de la cornée reste exposée au contact de l'air. La paupière supérieure présente deux convexités bien distinctes, séparées par un sillon transversal. La première résulte de la saillie de la tumeur elle-même ; la seconde dépend de la convexité du globe oculaire. Si l'on invite le malade à relever brusquement la paupière supérieure, le doigt étant appliqué sur la convexité inférieure, on sent manifestement la contraction des fibres du releveur; vient-on à répéter la même expérience sur la convexité supérieure, rien de semblable ne se rencontre. Il est donc établi que le muscle élévateur de la paupière supérieure ne passe pas au-devant de la tumeur. Ajoutez à cela que, s'il en était ainsi, la paupière supérieure, fortement bridée en haut par la tumeur comprimant le releveur qu'elle appliquerait contre la paroi orbitaire, serait insuffisante pour recouvrir le globe de l'œil.

Par sa partie antérieure, la tumeur a la forme et le volume d'une noisette ; la sensation de fluctuation y est évidente ; plus profondément, la portion de tumeur accessible au toucher paraît se continuer, vers le côté externe de l'orbite, avec une autre tumeur plus dure, plus résistante.

Le 16 mars.—Une incision transversale, et parallèle aux fibres de l'orbiculaire est pratiquée sur la paupière supérieure, du grand au petit angle de l'œil. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale, furent successivement incisés; la tumeur était dès lors à découvert; car le muscle releveur, comme on l'avait prévu, ne se présenta pas sous le bistouri. La tumeur mise à nu offrait la coloration noirâtre propre aux kystes. — Elle fut incisée à sa partie antérieure, et il s'écoula une très-médiocre quantité de liquide transparent. Bientôt il fut facile de reconnaître que derrière le kyste, et se continuant avec lui, existait une tumeur plus consistante et plus volumineuse, placée vers le côté externe de l'orbite. L'extraction de cette tumeur solide, occupant à peu près la place de la glande lacrymale, fut pratiquée avec le bistouri, les ciseaux, et surtout avec des instruments mousses.

Abstraction faite du kyste placé à sa partie antérieure, la tumeur était formée par un mélange de tissu glanduleux et de tissu encéphaloïde ramolli. L'orbite exploré avec soin pour ne laisser aucun vestige du mal, on reconnut immédiatement que la conjonctive avait été épargnée ; l'œil rentra presque aussitôt à sa place ordinaire, et je m'assurai également que la vision était restée conservée. — Pansement simple ; pas de suture.

Le 18.—Pas d'accidents ; le malade a médiocrement souffert dans l'intérieur de l'orbite ; il a dormi la nuit, et actuellement il est sans fièvre. Légère tuméfaction œdémateuse de la paupière supérieure qui est un peu ecchymosée; la conjonctive oculo-palpébrale offre elle-même, dans son tissu sous-jacent, les traces évidentes d'une infiltration sanguine.

Le 20.—La réunion par première intention ne s'est point effectuée, et aujourd'hui la suppuration du fond de l'orbite s'est établie ; elle est de bonne nature, médiocrement abondante.

Le 25.—Plus d'ecchymose ; la suppuration se tarit de plus en plus ; l'œil gauche n'est pas plus proéminent que l'autre ; la paupière se relève avec facilité ; l'ulcération de la cornée a disparu ; la chambre antérieure paraît agrandie ; la vision est conservée ; mais l'iris offre une dilatation anormale ; la sécrétion des larmes ne présente rien de particulier. Le malade sort en cet état le 16 avril.

La variété de tumeur intra-orbitaire, dont nous venons de rapporter un exemple, pourrait embarrasser le chirurgien dans son diagnostic. La ponction exploratrice ayant donné un résultat positif, on était autorisé à admettre l'existence d'un kyste, et rien n'indiquait que ce kyste fût placé au-devant d'une tumeur solide, d'un cancer. Nous discuterons un peu plus loin la manière de procéder pour éviter, autant que possible, une semblable erreur.

Les causes des kystes de l'orbite ne sont pas encore connues ; cette obscurité dans l'étiologie est d'ailleurs applicable à tous les kystes, quel que soit leur siége. Deux fois, la maladie a été précédée d'un coup porté sur la région orbitaire du côté opposé. J'ai noté cette circonstance dans mes observations ; mais à Dieu ne plaise que je veuille, quant à présent, en tirer quelques conclusions.

Les symptômes sont ceux produits par toutes les tumeurs ayant pour siége la cavité orbitaire ; les désordres sont en quelque sorte mécaniques, et ils ont pour caractère essentiel l'expulsion graduelle de l'œil hors de sa cavité.

Cette variété d'exophthalmie donne lieu, avec le temps, à des lésions fonctionnelles et organiques de l'œil offrant des degrés différents selon le siége et le volume de la tumeur ; de plus, l'œil peut être comprimé d'arrière en avant et produire par le fait une variété de presbyopie (*voy.* obs. Ire) ; ou latéralement et donner naissance à une espèce de myopie (*voy.* obs. IV) ; mais ce sont là, sans doute, des faits exceptionnels.

Le diagnostic différentiel des kystes de l'orbite n'est pas tou-

jours possible d'une manière absolue ; toutefois on peut arriver dans beaucoup de cas à une somme de probabilités, équivalant presque à une certitude : ainsi l'âge du malade, la marche de la tumeur, sa forme, sa consistance, m'ont fourni des données très-utiles. Je ne parle pas de la fluctuation, car on ne saurait la percevoir d'une manière manifeste dans le plus grand nombre des cas.

La ponction exploratrice, qu'il faut toujours pratiquer avant de rien décider sur le procédé opératoire que l'on se propose de mettre en usage, doit être faite d'une certaine façon si l'on veut retirer de cette méthode d'investigation tout la parti possible.

En effet, il ne suffit pas de constater la présence d'un liquide séreux dans l'intérieur d'une tumeur de l'orbite pour en conclure que l'on a affaire à un kyste : non, car, ainsi que le démontrent l'observation IV et le fait analogue rapporté par Todd, ce kyste peut cacher derrière lui un cancer, Nous conseillons donc d'employer un trocart un peu plus gros que celui dont on se sert habituellement pour les ponctions dites exploratrices, et de faire en sorte d'évacuer tout le liquide contenu dans le kyste, si tant est que l'on ait eu affaire à un kyste uniloculaire : si l'œil rentre complétement dans sa cavité après cette petite opération, le doute n'est plus possible, on a à traiter un kyste simple. Dans le cas contraire, le kyste est cloisonné, il s'agit d'un kyste hydatique, ou bien enfin d'un tissu composé d'un kyste et d'une autre tumeur.

Ce diagnostic par exclusion est déjà quelque chose d'assez important au point de vue thérapeutique.

Le traitement des kystes de l'orbite, que j'ai longuement décrit dans mon ouvrage, peut être résumé de la manière suivante :

1° Kystes simples : emploi de l'injection iodée.

2° Kystes cloisonnés et hydatiques : traitement par l'incision combinée ou non avec l'excision, avec ou sans cautérisation de l'intérieur du kyste.

3° Kystes composés, ablation complète de la tumeur.

Telles sont les règles générales qui me paraissent les plus rationnelles ; celles qui offrent, à mon avis, le plus d'avantages et le moins d'inconvénients.

Voici dans leur application la marche à suivre :

Pour les kystes simples, l'injection iodée peut être employée d'emblée, en quelque sorte, car le diagnostic est assez facile à établir ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

Pour tous les autres cas, on commence par l'opération comme

s'il s'agissait de pratiquer l'incision ; puis chemin faisant, et le bistouri à la main, on termine par l'incision ou par l'ablation du kyste, selon que l'on a reconnu par l'exploration directe que l'on a affaire à un kyste cloisonné ou hydatique ou à un kyste joint à une tumeur solide.

Cette manière de procéder est celle que nous croyons devoir adopter comme la plus simple, par rapport au manuel opératoire, et la moins grave relativement aux suites de l'opération ; cependant il est un certain nombre de cas dans lesquels on peut s'en écarter sans inconvénients notables.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 26. *Examen médico-légal de plusieurs cas de blessures* ; par le docteur HENRI BAYARD.

(Annales d'Hygiène publique et de médecine légale, avril 1848.)

Lorsqu'un meurtre, un assassinat ont été commis, les premières investigations judiciaires, auxquelles les magistrats se livrent pour en découvrir les auteurs, ont pour but de faire préciser, autant que possible, par les médecins experts, les circonstances au milieu desquelles les blessures ont été faites.

Pour obtenir ces inductions il est nécessaire que la constatation matérielle de ces blessures soit établie avec le soin le plus minutieux, car ce sont les détails fournis par la direction des plaies, leur forme, leur profondeur, qui permettent aux experts de déterminer l'attitude des agresseurs et de la victime, ainsi que la nature des instruments vulnérants et la force de pression ou d'impulsion employée.

Si les meurtriers sont arrêtés, ils chercheront souvent à se représenter comme n'ayant agi que dans la nécessité d'une légitime défense, et en l'absence de témoins de la lutte, il est réservé aux experts d'établir si ces assertions peuvent être accueillies, ou si au contraire elles sont inexactes et mensongères.

Les observations suivantes me paraissent mériter de prendre place auprès de celles qui sont consignées dans les annales d'hygiène et de médecine légale.

Ces faits cliniques peuvent être comparés à ceux que l'on étudie chaque jour dans la pratique civile, ou dans les hôpitaux ; les formes toujours variées des maladies, les irrégularités des symptômes, les complications imprévues, fournissent incessam-

ment des textes nouveaux à l'expérience et à la sagacité des professeurs.

Dans les expertises médico-légales, les rapports des médecins, pour être utiles à l'appréciation exacte des faits, pour fortifier la confiance des magistrats et des jurés dans les opinions qu'ils entendent exprimer, doivent être conçus d'après des connaissances pratiques.

Je me suis appliqué depuis plusieurs années à en démontrer la nécessité, soit par des cours publics, soit dans les articles que j'ai publiés. Je persisterai dans cette voie.

Coup de tranchet ayant ouvert la trachée; lutte de la victime. Allégations de l'inculpée reconnnues fausses d'après la direction et la nature des blessures.

Le sieur Desfeux et la fille Dartois entrèrent le 17 mars 1847, vers huit heures du soir, dans un hôtel garni tenu par le sieur L. On les conduisit dans une chambre qu'ils avaient demandée, et pendant qu'ils se déshabillaient, Desfeux déposa dans ses souliers 100 fr. dont il était porteur.

A dix heures, L. ayant entendu beaucoup de bruit dans cette chambre, qui est située au-dessus de la sienne, s'empressa d'y monter pour en connaître la cause ; mais à peine était-il devant la porte qu'il la vit s'ouvrir, et il aperçut aussitôt Desfeux et la fille Dartois debout et couverts de sang, celle-ci s'écria : Venez à mon secours, il veut m'assassiner! Desfeux qui parlait avec beaucoup de peine désignait la fille Dartois et disait qu'elle s'était levée d'auprès de lui sous prétexte d'aller chercher son mouchoir qui était dans sa robe près de la croisée, qu'étant revenue près de lui, elle l'avait frappé au cou avec un tranchet, pendant qu'elle lui comprimait la bouche avec la main gauche.

Desfeux était entièrement nu; sa chemise retournée n'était retenue que par les boutons des poignets. Le sang coulait avec abondance de la plaie du cou, il s'affaiblit rapidement, et lorsque les médecins arrivèrent ils le trouvèrent expirant.

Le cadavre fut transporté à la Morgue, et le 19 mars, je procédai à l'autopsie.

Etat extérieur. — Cet homme est âgé de 46 ans, d'une forte constitution.—Roideur cadavérique, mâchoires resserrées, doigts à demi fléchis. Toute la surface du corps est maculée de sang desséché. Il existe à la partie antérieure et inférieure du cou une plaie transversale longue de 6 centimètres, les bords ont un écartement de 3 centimètres; cette plaie béante, à demi remplie de sang écumeux, laisse apercevoir la trachée-artère complète-

ment divisée ; à l'exception d'une petite coupure au pouce droit, il n'y a pas d'autre blessure sur le corps.

La *tête* ne présentait rien de particulier à noter.

Cou. — La dissection de la peau m'a fait constater les lésions suivantes : l'instrument vulnérant a été dirigé directement d'avant en arrière, et de gauche à droite transversalement.

Il a pénétré près du bord interne du muscle sterno-mastoïdien qui n'a pas été atteint, a entamé obliquement de haut en bas la surface du cartilage thyroïde et divisé de part en part le premier anneau de la trachée-artère. Le muscle sterno-thyroïdien a été complétement coupé à gauche, et à droite une portion du bord du sterno-mastoïdien a été intéressée. La veine jugulaire, l'artère carotide et les nerfs n'ont pas été atteints non plus que l'œsophage. L'extrémité de l'instrument a été arrêtée par la septième vertèbre cervicale dans laquelle il a pénétré à une profondeur de 8 millimètres.

Poitrine. — La trachée, les bronches sont remplies de sang écumeux ; les poumons congestionnés; le ventricule gauche du cœur est rempli de sang noir et liquide.

En rapprochant de la blessure du cou le tranchet encore taché de sang qui a été saisi, je constate qu'il a pu produire la blessure et que l'émoussement de sa pointe a dû résulter du choc contre la colonne vertébrale. Cette résistance a limité la longueur transversale de la plaie, et a prévenu la section de l'artère carotide droite.

L'hémorrhagie très-abondante qui a eu lieu provenait de la lésion des branches artérielles thyroïdiennes, l'écoulement de sang s'est fait en plus grande partie à l'extérieur, il n'y a pas eu pénétration immédiate dans les bronches et suffocation instantanée. Aussi le sieur Desfeux a-t-il pu sortir de son lit, marcher, lutter avec la fille Dartois. La direction un peu oblique de la plaie de la trachée permettait le rapprochement de ses bords, et le sieur Desfeux a pu prononcer quelques mots en inclinant la tête sur la poitrine.

Le siége de cette blessure, son étendue et sa profondeur, indiquaient suffisamment qu'elle avait été produite avec un instrument très-tranchant, et que l'hémorrhagie consécutive avait déterminé la mort.

Mais la fille Dartois persistait à prétendre que c'était en se défendant qu'elle avait blessé le sieur Desfeux ; que dans le lit, celui-ci l'avait saisie par derrière et voulait se livrer à la pédérastie, et que dans cette attitude elle avait porté par dessus son

épaule, un coup de tranchet qui avait atteint au cou le sieur Desfeux.

L'examen de la chemise de l'inculpée suffit pour prouver l'inexactitude de ses allégations, car ce vêtement était taché de sang à sa partie antérieure et non pas en arrière. Il était donc évident qu'au moment où cet homme avait été atteint au cou d'une large blessure, la fille Dartois était en face de lui ; sa poitrine près de la sienne, et qu'elle ne lui tournait pas le dos.

Les traces de la morsure sur les doigts indicateur et médius de la main gauche et les coupures sur la face palmaire de la main droite de la fille Dartois confirmaient les déclarations que le sieur Desfeux avait faites avant de succomber. Ainsi au moment où il était atteint au cou par le tranchet, la fille Dartois lui avait appliqué la main gauche pour l'étouffer, il l'avait mordue aux doigts, et la jetant hors du lit, c'était en la désarmant qu'il avait brisé le tranchet en trois fragments et fait les coupures constatées à la main droite de cette fille.

Plaies du cœur ; mort rapide. — Forme particulière de la blessure antérieure. — Nombre de coups portés. — Attitude de l'agresseur. — Une rixe s'était élevée entre plusieurs jeunes gens, l'un d'eux s'écria : *Je suis mort ! j'ai reçu un coup de couteau.* On le transporta chez un pharmacien, et pendant qu'on enlevait ses vêtements pour reconnaître la nature de la blessure qu'il avait reçue à la poitrine, ce jeune homme expira.

Il existait à la partie antérieure et moyenne de la poitrine à gauche, dans la région précordiale, une plaie béante, large de 25 millimètres, avec écartement des bords. Il y avait refoulement des parties molles, et en les rapprochant, la plaie avait une longueur de 3 cent., et ses extrémités étaient mousses. Au premier examen on pouvait croire que cette blessure résultait d'un coup porté avec un instrument tranchant très-large, à bords non coupants, tel qu'un ciseau, une gouge.

Le sieur G...., qui avait été désigné par la victime comme étant son agresseur, avoua qu'il l'avait frappée une seule fois avec un instrument dont il était porteur, et qui fut trouvé dans un ruisseau près du théâtre de la rixe.

Cet instrument avait la forme d'un poinçon long de 12 centimètres, et large de 6 à 8 millimètres ; ses bords étaient à peine tranchants ; aussi était-il difficile de comprendre, que la plaie extérieure ait pu être produite par un seul coup avec un instrument aussi étroit.

Pour apprécier d'une manière exacte la déclaration de l'in-

culpé, il était nécessaire de constater la nature et la forme des blessures qui avaint déterminé une mort rapide.

Je fus chargé de procéder à l'autopsie, et ce que l'examen extérieur ne permettait pas de reconnaître devint évident après cette opération.

Autopsie. — La roideur cadavérique était dissipée, et un nouvel examen du corps fit constater trois excoriations superficielles, longues de 5 centimètres, situées près du coude, sur l'avant-bras droit ; ces excoriations m'ont paru avoir été produites par la pression d'un soulier garni de clous.

L'instrument vulnérant avait divisé la peau et les muscles, et pénétré dans la poitrine entre les quatrième et cinquième cartilages des côtes : le bord supérieur du cartilage de la quatrième côte était comme haché par la pression répétée d'un instrument tranchant, le bord inférieur du cartilage de la cinquième côte portait des traces de coupure.

Le poumon gauche était traversé de part en part dans deux points, à l'extrémité du lobe supérieur et dans la partie correspondante du péricarde ; le ventricule gauche du cœur était traversé de part en part, près des valvules aortiques ; une seconde plaie intéressait le tissu du cœur, mais n'avait pas pénétré profondément.

Le péricarde et la cavité gauche de la poitrine étaient remplis par une grande quantité de sang liquide et coagulé.

On nous a représenté une vieille lame de couteau, très-étroite, aiguisée des deux côtés et fixée par du fil de fer à un manche en bois. Cet instrument n'était pas taché de sang.

D'après les déclarations du sieur G., il s'en serait servi pour ftapper le nommé L. En rapprochant cet instrument des plaies du poumon, du péricarde et du cœur, et en tenant compte des modifications actuelles dans la forme des bords, j'ai reconnu qu'il a pu servir, puisque le diamètre de ces blessures se rapporte à celui de l'instrument ; quant à la plaie antérieure et à la constatation des traces des deux coups qui ont atteint le cœur, le sieur G. donne les explications suivantes :

Il était, dit-il, renversé à terre par le sieur L., dans ce moment, il aurait saisi avec la main gauche l'instrument placé dans la poche de son pantalon, et il aurait frappé L. qui était au-dessous de lui ; mais lorsqu'il cherchait à retirer l'instrument de la poitrine du blessé, les mouvements des individus, au milieu desquels il se trouvait, auraient empêché L. de se relever, et c'est ainsi que le cœur aurait été atteint deux fois, et que la plaie

extérieure aurait été élargie par le talon de l'instrument agité pendant cette lutte.

Ces explications m'ont paru assez vraisemblables, et je conclus que la mort de L. a été déterminée par l'hémorrhagie abondante, consécutive à une plaie pénétrante du cœur, et à deux plaies du poumon gauche.

Ces blessures ont été produites par un instrument piquant et tranchant à lame acérée et très-étroite.

Plaies et contusions nombreuses; fracture du crâne. Lien appliqué autour du cou; corps habillé après la mort. — Une femme septuagénaire fut trouvée morte dans son logement. Elle était couverte de vêtements nouvellement blanchis, qui avaient été disposés sur elle avec le plus grand soin, afin de dissimuler les traces nombreuses de blessures, ayant leur siége à la tête et sur les diverses parties du corps; la face, le cou, les mains avaient été lavés. La constatation de ces violences démontrait qu'elles étaient le résultat d'un crime, et qu'elles ne pouvaient pas avoir été produites accidentellement; mais des détails incidents soulevèrent l'examen de plusieurs questions médico-légales assez intéressantes : 1° sur la cause directe de la mort; 2° sur la possibilité d'une lutte; 3° sur le nombre des agresseurs; 4° sur l'application du lien autour du cou, avant ou après la mort.

Cet événement avait eu lieu à Montrouge, banlieue de Paris; je procédai à l'autopsie conjointement avec le docteur Collas; nous constatâmes les lésions suivantes :

Le cadavre de la dame Sauval a été déplacé lors du premier examen qui en a été fait par l'un de nous, il est actuellement étendu sur le lit dans la chambre à coucher.

Après avoir détaché et enlevé les vêtements, nous avons constaté toutes les blessures qui existent à la surface de la tête, du tronc et des membres.

Tête. — 1° A la partie antérieure de la tête sur la bosse frontale droite, une plaie contuse de forme irrégulièrement triangulaire, dirigée d'avant en arrière et de bas en haut; la peau est divisée dans toute son épaisseur; les bords sont écartés dans une étendue de 1 centimètre sur 5 millimètres.

2° Sur la partie supérieure et antérieure du pariétal droit, deux plaies contuses de forme triangulaire, les bords de chacune de ces plaies ont 1 centimètre de longueur, l'angle le plus aigu est dirigé en avant. La peau a été complétement déchirée. Le crâne est à découvert entre les bords de ces plaies; elles sont distantes l'une de l'autre de 8 millimètres.

3° Un peu en dehors de ces deux plaies, la peau du crâne n'a

pas de coloration noirâtre, mais elle est soulevée par une tumeur molle, dépressible. La dissection nous fait reconnaître que cette partie a été le siége d'une contusion avec épanchement de sang liquide et coagulé.

4° Sur le sommet de la tête, à l'union des pariétaux, une plaie contuse longue de 3 centimètres, 5 millimètres, dirigée d'avant en arrière; à l'extrémité postérieure de cette plaie, la peau a été déchirée vers la gauche, et forme un lambeau qui paraîtrait avoir été tiraillé par le corps vulnérant à gauche en dehors et d'avant en arrière.

5° Lorsque toutes les parties molles du crâne ont été enlevées, nous constatons une fracture de la boîte osseuse qui s'étend depuis la suture pariétale jusqu'à la base du crâne, dans la fosse zygomatique, il n'y a pas eu disjonction des os dans le point correspondant aux deux plaies triangulaires, le tissu osseux du pariétal a été contus, et consécutivement à l'imbibition du sang, il a pris une coloration brunâtre.

Les membranes des circonvolutions cérébrales sont le siége d'un épanchement de sang, coagulé au niveau des plaies triangulaires et de la fracture du pariétal droit.

La substance cérébrale n'est pas congestionnée de sang, il s'en écoule abondamment de la sérosité limpide, citrine, non sanguinolente. Il n'y a aucune trace de foyer hémorrhagique.

6° Dans la paupière inférieure droite, au-dessous de l'oreille et sur la joue droite, trois ecchymoses sans apparence extérieure.

7° Au-dessous de l'oreille gauche, contusion brunâtre de la peau avec ecchymose de 3 centimètres d'étendue.

8° Sur les branches de la mâchoire inférieure, à 4 centimètres de la ligne médiane, la peau est bleuâtre, la dissection fait reconnaître à droite deux ecchymoses contiguës avec infiltration de sang dans toute l'épaisseur des parties molles. A gauche une ecchymose présentant les mêmes caractères et de 2 centimètres d'étendue.

9° Lors de la levée du corps de la dame Sauval, un mouchoir en toile était serré autour du cou, et le nœud correspondait à gauche. En dehors et au niveau du larynx la peau a été légèrement excoriée, ce froissement paraît résulter de la pression du nœud du mouchoir. Il n'existe aucune autre trace de contusion, sur toute la région du cou. La dissection ne fait constater non plus aucune ecchymose intermusculaire.

10° Au-dessous de la clavicule gauche, une ecchymose de 4 centimètres;

11° En arrière du bras droit dans la fosse sous-épineuse et au-

dessous de l'omoplate, il existe un épanchement de sang très-abondant ; les muscles de cette région sont déchirés ; le sang est liquide ; la peau n'avait une coloration bleuâtre que dans une étendue de 5 centimètres, et on n'aurait pas pu soupçonner les désordres sous-jacents ;

12° Sur le bras gauche, à la partie supérieure et externe de l'avant-bras, ecchymose avec sang coagulé ; aucune trace de violence sur la main gauche ;

13° La main droite a été violemment contuse; nous constatons, sur la partie postérieure du poignet, une plaie superficielle, longue de 2 centimètres, dirigée transversalement sur le métacarpe, près de l'articulation phalangienne, contusion avec ecchymose ; il en existe une troisième sur l'articulation de la première et deuxième phalange du médius ; sur l'éminence thénar de la main droite, ecchymose bleuâtre et sang coagulé dans les muscles ;

14° A la partie postérieure de l'avant-bras droit, au tiers inférieur, ecchymose avec sang coagulé ;

15° Sur la jambe droite au tiers supérieur et interne, une ecchymose de 1 centimètre d'étendue.

Poitrine.—Le poumon droit est libre, crépitant, sa coloration est bleuâtre, livide, il n'a pas été le siége d'une congestion active ; le poumon gauche est resserré par des adhérences pleurétiques anciennes ; il est crépitant dans toutes ses parties ; le cœur contient du sang noir, liquide et coagulé.

L'estomac renferme de la matière pultacée blanchâtre, provenant de substances alimentaires pulpeuses et qui étaient dans un commmencement de digestion ; il n'y a pas de substances solides ; tous les organes de la cavité abdominale sont à l'état sain.

Conclusions.

1° La dame Sauval a succombé aux contusions de la partie supérieure droite du crâne, et à la commotion cérébrale qui en a été la conséquence ;

2° La multiplicité des contusions, notamment de celles de la main droite, nous porte à penser qu'il y a eu lutte entre la veuve Sauval et son agresseur avant d'avoir été frappée mortellement.

3° En raison de l'absence des signes caractéristiques de congestion sanguine dans les poumons et le cerveau, nous pensons que le mouchoir, trouvé serré autour du cou, a pu n'être appliqué qu'après la mort.

Plaie par instrument tranchant sur le scrotum ; enlèvement du

testicule droit; symptômes tétaniques ; mort; supposition de tentative de suicide: mutilation criminelle. — Un homme sexagénaire fut apporté à l'Hôtel-Dieu, à Paris, pendant les derniers jours du mois de février 1847, et placé dans le service de M. le professeur Roux. Il existait sur le scrotum droit une plaie à peu près verticale, longue de 10 centimètres ; les bords étaient écartés d'environ 5 centimètres, il y avait eu perte de substance et enlèvement du testicule, dont on avait coupé le cordon.

Ce blessé, nommé Marlié, était dans un état de prostration extrême, à la suite de convulsions tétaniques qui se reproduisaient d'une manière incessante.

L'inhalation de l'éther fut essayée, mais elle n'amena pas d'amélioration dans l'état du blessé qui succomba promptement.

Le 2 mars, je procédai à l'autopsie conjointement avec M. Roux. Le procureur du roi nous demandait notre opinion sur la nature de cette mutilation, et si elle pouvait être attribuée à une tentative de suicide. Après avoir constaté l'étendue de la blessure, sa direction verticale, sa situation sur le côté externe du scrotum, à droite près du pli articulaire, nous fîmes remarquer que la plaie était à lambeau, avec perte de substance ; que le bord externe était irrégulier et paraissait avoir été enlevé au moyen de plusieurs sections ; que le cordon des vaisseaux spermatiques et sanguins avait été coupé au-dessous de son passage dans l'anneau inguinal, et que cette division remontait plus haut que l'extrémité supérieure de la plaie : il y avait donc lieu de penser que la mutilation avait été opérée en plusieurs fois.

L'absence de la suppuration démontrait que ces blessures n'étaient pas la conséquence d'un état pathologique ancien ayant son siége dans cette région.

Il est d'observation que les individus, qui cherchent à se suicider en se mutilant, portent presque toujours l'instrument en travers du scrotum ou de la verge, et que les plaies sont dirigées de gauche à droite; ou dans le sens inverse, s'ils tiennent l'instrument de la main gauche.

Or, dans l'espèce, le sieur Marlié n'était pas gaucher ; la plaie, au lieu d'être transversale, était dirigée *verticalement de haut en bas* et placée au côté externe du scrotum. La verge ainsi que le côté opposé du scrotum ne présentaient pas de traces de blessure.

Tous ces indices nous portèrent à penser que cette blessure ne *résultait pas d'une tentative de suicide de la part du sieur Marlié ;* mais plutôt que la plaie avait été faite par des mains étrangères en plusieurs fois et à des moments différents.

L'instruction judiciaire qui fut suivie à l'occasion de cette mutilation, et les débats qui eurent lieu à huis-clos, devant la cour d'assises de la Seine, au mois d'octobre 1847, établirent les faits suivants, qui confirmèrent les opinions que nous avons émises dans notre rapport.

Le sieur Marlié vivait en concubinage avec une femme H.. ; celle-ci avait en outre des relations avec le sieur L. plus âgé que celui-ci, et ayant 76 ans. La cupidité porta la femme H. à désirer la mort de Marlié, et pour parvenir à ce but, un jour après l'avoir enivré, elle le fit asseoir en travers d'un comptoir, puis à l'aide d'un rasoir, elle fit une plaie aux parties génitales.

Pendant cinq jours le blessé ne reçut aucun soin, il était gardé par la femme H., qui non-seulement lui faisait boire de l'eau-de-vie, du vin et des liqueurs, mais se livrait sur ce malheureux vieillard à des attouchements continuels, et le masturbait jusqu'à provoquer des syncopes.

Un officier de santé du voisinage, ayant été averti, trouva le blessé dans un état d'épuisement extrême, et consécutif à la perte du sang et aux excitations génitales. Une portion des bords de la plaie était atteinte de gangrène, à ce qu'il a rapporté, et après avoir enlevé avec des ciseaux un lambeau de la peau du scrotum, il se décida à faire l'extirpation du testicule.

Le frère de Marlié étant prévenu de sa maladie le fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où il succomba le surlendemain de son arrivée.

La femme H. et son complice, déclarés coupables par le jury, ont été condamnés ; l'une aux travaux forcés pendant douze ans, et à l'exposition ; le second à six ans de réclusion.

Plaies multiples sur le cou. Suspension du corps. Suspicion d'un crime. Suicide. — Un sieur Étienne L. âgé de 34 ans, porteur d'eau, fut trouvé pendu en son domicile ; il avait en outre à la partie antérieure du cou plusieurs plaies faites par un instrument tranchant. Quelques circonstances ayant donné lieu à des présomptions d'un assasinat, l'autopsie fut ordonnée judiciairement. Je procédai à cette opération avec M. le docteur Porre. Lorsque le sieur Étienne fut trouvé suspendu, il avait ses vêtements : la cravate, les revers de la veste de velours, le gilet de velours, la chemise étaient tachés de sang.

Il en était de même des doigts de la main droite.

La barbe avait été faite immédiatement avant la mort ; le savon et le rasoir furent trouvés près d'nne fenêtre, à côté de laquelle il y avait des traces de sang sur le sol.

Tous ces indices devaient faire présumer que le sieur Étienne

avait tenté de se suicider aussitôt après avoir fait sa barbe et au mement où il tenait encore un rasoir.

En effet, il existait à la partie antérieure et externe gauche du cou deux plaies transversales, situées au niveau du corps thyroïde, leurs extrémités à gauche étaient confondues, tandis qu'à droite elles étaient séparées par un lambeau large de 3 centimètres. La peau, les muscles peauciers, sterno-hyoïdien à gauche, et le bord de ce muscle à droite, avaient été divisés, mais les veines jugulaires n'avaient pas été atteintes. L'hémorrhagie peu abondante laissait au sieur Étienne les forces nécessaires pour s'occuper des préparatifs de la suspension. C'est effectivement ce qui se passa, car des traces de sang disséminées sur les meubles, sur le sol, faisaient suivre en quelque sorte les derniers actes de cet homme.

A l'aide d'une corde à sucre fixée à un clou enfoncé dans le mur du fond de la chambre, le sieur Étienne s'était pendu, le lien avait formé un sillon circulaire de 5 millimètres, et avait glissé et excorié la peau superficiellement jusqu'à ce qu'il fût arrêté par le corps thyroïde. La direction du sillon en arrière était oblique.

L'ouverture du crâne et de la poitrine fit reconnaître tous les caractères de l'asphyxie.

D'après l'ensemble de toutes ces constatations, nous pensâmes que la mort du sieur Étienne L. devait être attribuée à un suicide.

XII. GÉNÉRALITÉS.

27. *Mémoire sur les maladies contagieuses;* par M. P. Bouchut, médecin interne, lauréat (médaille d'or des hôpitaux), lauréat de la Faculté (prix Montyon), membre de la Société anatomique.

(Gazette médicale de Paris, N° 22; 1848.)

La contagion est un fait qui se révèle chaque jour à nous par de nombreuses observations, et ce fait, c'est la transmission non héréditaire d'une maladie d'un sujet à un autre.

Toutes les maladies, susceptibles de se propager et de se transmettre ainsi d'individu à individu, doivent être réputées contagieuses.

Elles sont caractérisées : 1° par la présence d'un élément morbide spécial qui est l'agent de la transmission, et qui, en raison de ses qualités génératrices, a reçu d'une manière générale le

nom de principe contagieux ; 2° par certains phénomènes symptomatiques variables suivant la nature de ces maladies, c'est-à-dire suivant la nature des agents de contagion. De là résulte la double nécessité d'étudier ces agents eux-mêmes et leurs effets sur l'organisme, si l'on veut connaître l'histoire particulière des maladies contagieuses.

Les agents contagieux sont tantôt des *virus*, tantôt des *parasites*, tantôt enfin du *pus*, qui, privé de toute propriété virulente, n'en est pas moins spécifique, et susceptible de transmettre à d'autres personnes la maladie qui l'a formé.

Ils se présentent sous des formes différentes : à l'état *solide*, *liquide* ou *gazeux*. Ils agissent d'une manière *générale* ou *locale*, suivant la maladie d'où ils proviennent. Leur action se manifeste à la suite de l'*inoculation artificielle* ou *naturelle*, à la suite du *contact direct* entre des parties saines et des parties malades, ou entre des parties saines et des objets imprégnés du principe contagieux, à la suite enfin du *contact indirect*, lorsque les individus ont subi à distance l'influence des agents délétères dont il est ici question.

Leurs effets sont très-différents : ou bien ils sont absorbés et déterminent, avec l'infection générale de l'économie, une maladie semblable à celle qui leur a donné naissance, comme dans la variole ; ou bien ils ne sont pas absorbés et n'agissent que d'une manière toute locale : c'est le cas du pus générateur de la blennorrhagie simple ; ou bien enfin ce sont des parasites animaux et végétaux, qui, transportés d'un corps à un autre, déterminent sans infection de l'économie l'apparition d'accidents locaux spécifiques, comme dans le favus.

De là trois sortes de contagion, ou plutôt trois classes de maladies contagieuses : *virulentes, purulentes* et *parasites*.

Doit-on admettre des maladies contagieuses par imitation ? Nous ne le croyons pas, car les mots de contagion et d'imitation s'appliquent à des faits d'une nature essentiellement différente ; et il n'y a aucun rapport à établir entre la propagation d'une affection virulente et la propagation d'une affection convulsive.

La contagion exprime le fait de la transmission des maladies, c'est-à-dire leur reproduction ; or le mot de reproduction signifie développement au moyen d'un germe, susceptible de germination s'il est placé dans des circonstances convenables. Est-ce que rien de pareil existe dans la propagation d'une maladie par imitation ? Où est son germe, où est son principe générateur ? Imiter, ce n'est pas reproduire, et les phénomènes nerveux qui

dépendent de l'imitation ne sont que la contrefaçon des maladies contagieuses.

Ce ne sont pas des faits de contagion que les exemples d'hystérie, de catalepsie et de convulsions développés chez des femmes nerveuses, réunies sous le même toit, chez des âmes faibles, vouées à la vie contemplative et dévorées par la superstition et le mysticisme, et enfin chez des sujets qu'on a rendus les témoins de scènes étranges et d'apparitions fantastiques. Ce sont des phénomènes morbides qui dépendent d'un état particulier de l'esprit, préexistant à l'invasion de ces maladies qu'une violente secousse morale a fait éclater.

D'ailleurs, si c'étaient là des faits de contagion, ne pourrait-on pas les reproduire à volonté? Le mot de contagion ne leur est vraiment pas applicable, ou du moins il ne peut être employé ici que dans un sens purement métaphorique. On peut dire de ces maladies qu'elles sont contagieuses à la manière dont les mauvais exemples sont contagieux ; mais soutenir cette opinion, médicalement parlant, c'est forcer les lois de l'analogie, et c'est aller bien au delà des limites de la vérité.

Il n'y aurait alors pas de raison pour bannir des maladies contagieuses les monomanies homicides, suicides, etc., pour en éloigner nos passions ordinaires et extraordinaires, telles que l'enthousiasme, la peur, la pitié, etc., ou bien nos passions les plus violentes qui deviennent alors des maladies morales et qui ont aussi leur manière d'être contagieuses.

Ainsi la contagion, qui résulte du mauvais exemple et qu'on appelle *contagion par imitation*, n'est pas plus admissible en théorie qu'en réalité. Nous avons montré où pouvait conduire cette manière de voir, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Nous devons seulement exposer dans autant de chapitres différents les caractères généraux des trois groupes de maladies contagieuses que nous avons admis, et nous terminerons par les considérations de pronostic et de traitement qui s'y rattachent.

I. — *Maladies contagieuses virulentes.* — Les maaladies contagieuses virulentes sont des maladies générales, provoquées par l'infection de l'économie au moyen des *poisons morbides* qu'on appelle *virus*.

Ce sont des maladies spécifiques, et la présence du virus forme leur caractère essentiel.

Il en est un grand nombre dans lesquelles l'existence de ce poison morbide est incontestable et peut être démontrée par l'inoculation. Celles-là sont, on peut le dire, des maladies *essentiellement virulentes*.

Il en est d'autres, au contraire, qui, en raison de leurs symptômes, de leur marche, de leur développement et de diverses circonstances particulières, semblent devoir être égalemeut attribuées à la présence d'un virus dans l'économie ; mais les recherches faites dans le but de recueillir ce virus et de l'inoculer ont été ou infructueuses ou incertaines : leur nature *virulente* et contagieuse reste par conséquent indécise.

Nul doute que l'observation ultérieure et la médecine expérimentale ne puissent fournir un jour de nouveaux faits capables de dissiper l'incertitude que nous signalons en ce moment ; mais jusque-là il faudra conserver cette subdivision de la première classe des maladies contagieuses. Il serait même impossible, dans l'état actuel de la science, de décrire ces maladies d'une manière convenable, si on ne faisait cette réserve.

I. *Maladies essentiellement virulentes.* — Ce sont celles qui, déterminées par la présence d'un virus dans l'économie, peuvent, à un instant donné de leur développement, se reproduire ailleurs par l'inoculation.

Division. — Si l'on jette un coup d'œil rapide sur le tableau des maladies virulentes, on voit aussitôt qu'un certain nombre d'entre elles s'observe à la fois chez l'homme et chez les animaux, et que d'autres, au contraire, sont l'exclusif et le triste apanage de l'espèce humaine. L'histoire de la médecine nous a révélé les diverses phases de cette communauté d'affections morbides, et avec le secours de la pathologie comparée dont l'intervention a été si heureuse pour la médecine, l'on a pu remonter à l'origine de plusieurs de ces maladies. Il est à peu près impossible de bien connaître les affections virulentes de l'homme si on ne les étudie d'une manière comparative avec les maladies identiques observées chez les animaux. C'est en effet, je crois, le meilleur moyen de saisir les analogies ou de faire ressortir les différences qui existent entre elles ; c'est le seul, s'il s'agit de constater les modifications imprimées à l'activité des virus par leur transmission à des espèces animales différentes, témoin le virus rabique qui perd successivement ses propriétés contagieuses lorqu'on le transmet aux herbivores.

Qu'il me soit donc permis, en raison même de la grande utilité de ces recherches, d'étendre encore mon sujet déjà si vaste, en y comprenant d'une manière absolue, *quant à la classification*, les maladies contagieuses virulentes des animaux. Dans ma description, je procéderai avec un peu plus de réserve, et je ne ferai d'emprunts à la pathologie comparée que pour jeter sur des faits incertains les lumières de la médecine expérimentale.

Chez l'homme, les maladies essentiellement virulentes, c'est-à-dire inoculables pour tout le monde, tirent leur origine, les unes de l'espèce elle-même, comme la variole, la syphilis, la rougeole, etc.; les autres des animaux, comme la vaccine, la rage, la morve, etc.; d'autres enfin se sont montrées d'une manière primitive chez l'homme et chez les animanx : telles sont les affections charbonneuses. De là trois ordres de maladies virulentes : 1° originaires de l'homme; 2° originaires des animaux; 3° communes, c'est-à-dire originaires à la fois des animaux et de l'homme. Chacun de ces ordres est divisible en plusieurs genres, d'après un caractère important, celui de la transmissibilité ou de la non-transmissibilité par inoculation à des espèces différentes. Ainsi la variole originaire de l'homme est transmissible à l'espèce bovine (Sunderland, Naumann); la syphilis, également originaire de l'homme, ne peut être communiquée aux animaux. Les expériences de Hunter (*Hunter*, t. II, p. 182), et celles plus récentes de M. Ricord, ont, je crois, décidé cette question d'une manière très-positive. On ne peut appeler syphilis les écoulements des organes génitaux provoqués par l'inoculation d'un pus virulent, et jamais, dans ces cas, on n'a vu les accidents constitutionnels caractéristiques de l'infection vénérienne, c'est-à-dire du passage du virus syphilitique dans l'économie. — Parmi les maladies virulentes originaires des animaux, il y en a de transmissibles à d'autres espèces, comme la rage, qui du chien se communique au loup et au renard; il y en de transmissibles à l'homme : le cow-pox, la morve, la rage, etc.; il y en a enfin qui ne sont pas transmissibles à l'homme : tels sont la clavelée chez les moutons, le piétain et le typhus du gros bétail.

Je place ici le tableau de cette division, qui aura peut-être l'avantage de représenter ma pensée d'une manière plus nette et plus claire que je n'ai pu le faire dans ma description.

Maladies essentiellement virulentes.

A. Maladies virulentes *originaires de l'homme.*	Transmissibles à certains animaux.	Variole.
	Non transmissibles aux animaux.	Syphilis, rougeole, scarlatine, pourrit. d'hôp., etc.
B. Maladies virulentes *originaires des animaux.*	Transmissibles à d'autres espèces.	Rage, maladie aptheuse.
	Transmissibles à l'homme.	Cow-pox, rage, morve, farcin, pustule maligne, eaux aux jambes.
	Non transmissibles à l'homme.	Clavelée, typhus du gros bétail, maladie aphteuse.

C. Maladies virulentes *communes*, c'est-à-dire originaires de l'homme ou des animaux.	. . . . . Maladies charbonneuses.

C'est là une division sans doute imparfaite, purement temporaire, et qui ne peut rien avoir de définitif. L'observation pourra, je n'en doute pas, lui faire subir des modifications avantageuses ; mais telle que je la présente, elle est susceptible de faciliter l'intelligence de ce travail.

Je vais maintenant parler : 1° de ces diverses maladies envisagées d'une manière générale et comparative ; 2° du virus, de son siége, de ses caractères physiques, chimiquss et microscopiques, de ses effets, eu égard à son origine, à sa quantité, à ses qualités et aux modifications spéciales qu'il imprime à l'organisme ; 3° du développement et de la marche des maladies contagieuses virulentes, ce qui me permettra d'indiquer très-sommairement les faits les plus importants et relatifs à la durée de l'incubation de la fièvre primaire et à l'apparition des caractères spécifiques et des phénomènes généraux ; 4° enfin je dirai, pour terminer notre premier chapitre, ce qui se rapporte aux maladies dont la nature contagieuse et virulente est restée douteuse, malgré les investigations de la science moderne.

1° *Etude générale et comparative.* — Nous pouvons dire des maladies essentiellement virulentes ce que M. Sestier disait avec raison des maladies spécifiques en général : c'est qu'elles nous révèlent « certaines propriétés des corps vivants qui, sans elles, seraient complétement ignorées. Entre le virus variolique et la variole, entre le virus rabique et la rage, il y a l'intermédiaire de l'économie vivante qui a reçu l'action spécifique et qui reproduit l'effet spécial. »

Toutes sont caractérisées, chez l'homme et chez les animaux, par l'infection générale de l'organisme qui se manifeste à une époque plus ou moins éloignée du jour où l'absorption de la matière virulente s'est accomplie, infection salutaire dans quelques cas exceptionnels, ordinairement nuisible et désastreuse dans ses effets ; exemple : le cow-pox, la vaccine et les maladies inoculées dans des circonstances prophylactiques, ailleurs la syphilis, la morve, le charbon, etc. Les unes, et ce ne sont pas toujours les moins graves, nous apparaissent avec une apparence peu redoutable, avec une écorchure ou quelques pustules, telles que la rage communiquée, la pustule maligne, les chancres de la syphilis, etc. ; les autres exercent une action locale plus étendue et se manifestent sur toute la surface de la peau et des muqueuses,

comme la variole, la rougeole, ou détruisent presque en même temps tous les tissus de l'économie, l'affection nerveuse dans la forme aiguë. Comme nous le dit M. Dalmas, le plus souvent, lorsque ces symptômes existent, ils ont des caractères à eux, spécifiques, aussi bien que la maladie qu'ils représentent.

Les altérations anatomiques qui les accompagnent sont des plus variées quant *à la forme*, et il est difficile de les grouper d'une manière méthodique et satisfaisante. Qu'observe-t-on, en effet, à cet égard ? C'est ici une pustule qui doit nous préserver de la contagion variolique ; là une éruption cutanée, variable suivant les maladies, exanthémateuse dans la rougeole, pustuleuse dans la variole de l'homme et dans la clavelée du mouton ; ailleurs un chancre ; en d'autres circonstances des abcès épars et multiples, comme dans la morve aiguë ou des gangrènes épouvantables comme on a pu les voir dans les diverses formes d'affection charbonneuse.

Le sang lui-même, interrogé avec le secret désir de continuer la série des découvertes importantes de MM. Piorry, Andral, Gavarret, n'a fourni à l'analyse que des données incertaines. Il est vrai de dire que les recherches n'ont pas été faites dans cette direction spéciale, et que, si l'on excepte quelques analyses indiquées dans l'hématologie pathologique au sujet de la variole et de la rougeole, nous en sommes à juger de l'état du sang, dans les maladies virulentes, par l'aspect extérieur de ce liquide ou par l'examen du caillot des saignées.

La plupart de ces affections n'entraînent avec elles que des accidents *primitifs*, et, soit qu'elles se terminent par la mort ou par le retour à la santé, on peut croire qu'elles ont parcouru toutes leurs périodes, ou que la matière virulente est épuisée, et que l'organisme n'a point été modifié par elle. Il en est une toutefois qu'il faut excepter, c'est la syphilis. Alors qu'elle est guérie, du moins en apparence, et que, trompé par la disparition des phénomènes primitifs, le malade et quelquefois le médecin peuvent croire que tout est terminé, il survient quelquefois, à une époque plus ou moins éloignée, sans autre infection nouvelle des accidents graves et sérieux, désignés sous le nom de *secondaires*, qui nous révèlent une modification profonde et spécifique toutefois de l'économie entière.

Quelques-unes de ces maladies parcourent leurs périodes avec rapidité, cow-pox, variole, les maladies charbonneuses; d'autres au contraire se préparent lentement, comme la rage, et ensuite deviennent foudroyantes; d'autres enfin sont essentiellement chroniques, ainsi qu'on en pourra juger par certaines formes de

l'affection nerveuse. Nous reviendrons ailleurs sur ces phénomènes, qu'il est de la plus haute importance de bien connaître au point de vue de la nature des virus.

Essayons quant à présent de rechercher l'origine de ces poisons morbides, leur siége, leur forme et les divers caractères physiques, chimiques et microscopiques qu'ils nous présentent.

Il faut le dire, et déjà M. Sestier nous l'a fait comprendre, on ignore complétement les conditions qu'exige la génération des virus. Leur développement spontané, si l'on peut ainsi s'exprimer, est possible ; et on en trouve la preuve irrécusable dans l'apparition de la rage chez les animaux. Si la syphilis est désormais pour nous le résultat d'une communication impure, on ne peut s'empêcher de reconnaître, avec M. Rochoux, qu'elle a dû se montrer spontanément, au moins une première fois.

2° *Définition, origine, siége des virus.* — Le mot *virus* a été employé dans les acceptions les plus différentes aux diverses époques de l'humanité ; c'est un mot latin qui vient de *virus* (forces) ; il a été employé par Virgile comme synonyme de *venin.*

D'après Servius, le savant commentateur de Virgile, il signifie une odeur forte ou une puissance quelconque capable d'altérer une couleur, une saveur, ou enfin de produire une altération notable comme le ferait un venin. Pour lui, il y a de bons et de mauvais *virus.* Le même fait se retrouve aussi dans la langue grecque, car là le mot φαρμακον signifie bon et mauvais poison, c'est-à-dire poison et remède. « *Venit autem a græco, nam et illi* φαρμακον *medium habent, id est, et bonum et malum.* »

Columelle l'emploie pour désigner une odeur et une vapeur nuisibles : *Nec paludem vicinam esse oportet ædificiis, quia caloribus noxium* virus *eructat.* (Columelle, liv. I, caput 5, *De re rustica.*) Ovide l'applique aux émanations qui se dégagent des pestiférés ou aux émanations qui produisent la peste : *pestiferum virus.* Pline désigne sous ce nom, et les venins, *de morsu venenato*, et les écoulements des parties génitales, *virus*, *humor qui ex genitalibus fluit.*

Pour les médecins, le mot virus a été longtemps synonyme de poison ; ils l'appliquaient, dit M. Rochoux, à tout délétère, quelle que fût sa nature ; ce n'est que lentement qu'ils sont arrivés à s'en faire une idée plus exacte et plus conforme aux principes de l'observation.

MM. Hardy et Behier s'expriment ainsi : « Un virus est un élément morbide, inconnu il est vrai dans sa nature, mais pouvant se transmettre par l'inoculation d'un liquide qui est fourni par

l'économie infectée, et qui paraît en quelque sorte le produit d'une élaboration morbide particulière. » Cette définition est une des plus complètes qui aient été données. Elle indique bien la nature morbide du liquide, ce qui est nécessaire ; elle fait connaître son origine dans une économie infectée, ses résultats, qui dépendent d'un travail pathologique spécial, et enfin sa qualité essentielle de virus, la reproduction par inoculation.

Nous adoptons entièrement cette définition, qui nous permet dès à présent de limiter le nombre des vrais virus et de rejeter sans contestation tous les liquides, autrefois regardés comme virulents, et qui ne présentent pas les conditions que nous venons d'indiquer. Il nous suffira, je pense, de mentionner les virus dartreux, trichomatique, psorique, scrofuleux, rachitique, arthritique, rhumatismal, cancéreux, scorbutique, créations d'une époque dont il ne nous reste plus grand'chose aujourd'hui. Ces prétendus virus ne sont que des agents morbides développés dans un ou plusieurs points de l'économie, et capables de l'infecter s'ils sont résorbés, mais non susceptibles de se communiquer à distance ou d'être inoculés. Il n'est pas d'observation bien digne de foi qui démontre la communication du cancer à distance, et celles de Zacutus Lusitanus, de Tulpius, de Harris, de Lassus, ne sont pas de nature à dissiper les doutes que nous conservons à cet égard. Tout le monde connaît les expériences de Dupuytren sur l'inoculation du pus cancéreux et sur les résultats de la digestion de chairs cancéreuses par des chiens. On sait qu'il en résulta des troubles semblables à ceux qu'aurait occasionnés l'inoculation ou la digestion de matières septiques, mais qu'il n'y eut point production de cancer.

M. Rochoux a cru pouvoir réduire et limiter le nombre des virus à dix, qui sont : 1° le virus rabiéique ; 2° syphilitique ; 3° vaccin ; 4° variolique ; 5° psorique ; 6° morveux ; 7° de la pustule maligne ; 8° de la pourriture d'hôpital ; 9° de la rougeole ; 10° de la scarlatine. Ce médecin a peut-être raison, mais, s'il m'est permis de le dire, je crois que toute numération à cet égard est un peu hasardée. La médecine expérimentale, qui seule pourrait servir de base à ce jugement, ne renferme pas encore assez de faits relatifs à la question, pour qu'on puisse la décider d'une manière définitive. Les virus sont probablement plus nombreux qu'on ne le croit généralement, et l'avenir nous fera peut-être malheureusement encore découvrir de nouvelles maladies virulentes. Il y aura, je n'en puis douter, des additions et des retranchements à faire à la liste donnée par M. Rochoux ; dès à présent, l'on pourrait supprimer le virus psorique, qui n'est pas

autre chose, je crois, qu'une maladie contagieuse développée par le transport d'épizoaires d'un individu sur un autre, et l'on pourrait, au contraire, ajouter, si l'expérience ultérieure confirme ce triste pressentiment, de nouvelles affections originaires des animaux.

Dans l'état actuel de la science, il est presque impossible de limiter le nombre des virus. On arriverait sans doute à énumérer ceux dont l'inoculation est incontestable, mais il en est un grand nombre d'autres dont on ne peut vraiment pas tenir compte, du moins pour le présent, et qu'il ne faut admettre qu'avec réserve, puisque les résultats de l'inoculation sont incertains à leur égard.

Les virus, c'est-à-dire les agents délétères inconnus dans leur nature qu'on désigne sous ce nom, peuvent se développer spontanément dans l'organisme : tels le principe contagieux de la variole chez l'homme, le principe contagieux de la rage dans les animaux, où, au contraire, ils ne se manifestent qu'après une injection locale suivie de l'infection générale des individus. Ils prennent leur origine dans un organe spécial chargé d'une sécrétion physiologique qui s'altère : c'est le fait de la rage ; ou bien ils sont fournis par la peau, les muqueuses ou les tissus que ravage la maladie spécifique. Ils sont ordinairement concentrés dans un des solides ou des liquides animaux ; on les trouve mêlés à du pus, comme dans la variole, la syphilis, la morve, la clavelée, etc. , à la sérosité des boutons de vaccine, au sang, comme dans la rage (Hertwig), à la morve (Viborg), dans les affections charbonneuses, etc., et enfin à ces divers liquides desséchés et réunis en forme de croûtes.

Toutefois il ne faut pas se méprendre : les croûtes et les liquides qui renferment les poisons morbides ne sont pas ces poisons eux-mêmes ; car ces substances ne diffèrent pas, autant que nous puissions juger, des mêmes produits privés de qualités contagieuses.

Propriétés physiques, chimiques et microscopiques. — Non-seulement les virus existent incorporés à des solides et à des liquides, mais ils se mélangent aux différentes vapeurs qui proviennent de la volatilisation des liquides, et aux gaz qui s'échappent du corps à l'instant où l'acte de la nutrition moléculaire s'accomplit.

Les matières qui renferment les virus sont donc de deux espèces, solides et gazeuses ; c'est ce qu'on exprime d'une autre manière, en disant qu'il y a des virus *fixes* et des virus *volatils*. Le virus variolique chez l'homme, et le virus claveleux chez le mouton, peuvent se recueillir, concentrés ou renfermés, dans la

croûte d'une pustule, dans le pus que cette pustule sécrète, comme ils peuvent se répandre dans l'atmosphère et propager la maladie qui leur a donné naissance. Les uns sont toujours fixes : tels les virus de la rage, du cow-pox, de la vaccine, de la syphilis; les autres sont à la fois fixes et volatiles : exemple : le virus variolique.

Les uns sont, dit-on, odorants, et les autres inodores : ainsi le virus de la variole a, dit-on, une odeur *sui generis*, celui de la scarlatine une odeur de vieux harengs (Heim), celui de la rougeole une odeur douceâtre, puis aigrelette, analogue à celle qui s'échappe des plumes récemment arrachées d'une oie; le virus rabiéique est inodore, de même que celui de la pustule maligne, etc.

Leurs propriétés chimiques sont nulles, ou du moins ce sont celles du véhicule où ils se trouvent. Peu importe la réaction acide ou alcaline des liquides virulents, la nature des gaz qui s'en échappent, que ce soit du gaz hydrogène sulfuré, de l'oxyde d'azote, etc., cela n'a point d'importance. Il nous est également difficile d'accepter l'opinion de M. Dubois (d'Amiens), qui paraît croire à l'influence des sels ammoniacaux que renferme le vaccin sur les qualités spécifiques de ce liquide. Les cristaux de chlorhydrate d'ammoniaque qui s'y trouvent n'ont pas plus d'importance, je crois, que les animalcules trouvés par d'autres pathologistes dans les liquides virulents. *Vidit illa in morbillis*, Langius, *in peste*, Kircherus; *in syphilide*, Hautpmannus; *in petechiis*, Zinglerus; *in variolis*, Lusitanus et Porcellus; *vermiculos in serpiginibus aliis morbis cutaneis hic etiam vidit*, Linnée, *in* Amœnit. acad., t. V, *Exanthemata viva*, et t. VII, *Mundus invisibilis*.

Les travaux modernes n'ont pas été beaucoup plus fructueux. Un instant on avait cru qu'il existait dans le pus de la blennorrhagie syphilitique, chez la femme, des infusoires d'une nature particulière; mais ils ont été trouvés dans d'autres circonstances.

Toutefois il ne serait pas exact de dire que l'emploi du microscope fût inutile dans l'étude des virus; ce serait même une grande erreur, car si, avec le secours de cet instrument, on ne peut reconnaître un virus, on peut du moins éviter une méprise. Sans son usage, la nature de la gale et du favus serait encore parfaitement ignorée.

Effets des virus. — Nous l'avons dit, les poisons morbides viennent du dehors, ou se développent spontanément dans l'organisme. Ces derniers sont de beaucoup les moins nombreux, et les phénomènes morbides qu'ils font naître sont aussi moins complexes; alors on ne rencontre jamais les accidents locaux,

primitifs en quelque sorte, qui se rencontrent dans des circonstances opposées. Bien que ce fait soit contestable, et qu'on puisse, avec quelque apparence de raison, refuser d'admettre l'aparition spontanée d'une maladie virulente, il faut cependant s'incliner devant les résultats de l'observation. A ce propos, je rapporterai le fait bien curieux d'une femme autrefois vaccinée, et qui, sans être malade de la variole, sans avoir communiqué avec des personnes atteintes de cette maladie, a cependant mis au monde un enfant atteint de variole.

Obs. — Une femme a été grosse deux fois; la première grossesse s'est terminée au troisième mois et la seconde au sixième. Une troisième grossesse s'est déclarée en octobre dernier; elle est venue à terme. L'accouchement vient de se faire à la fin de juin. La femme paraissait d'une santé parfaite; elle a mis au monde un enfant couvert de pustules varioliques confluentes : les pieds, les mains, les jambes, les cuisses, tout était envahi. La mère a été vaccinée; elle a passé tout le temps de sa troisième grossesse sur une chaise longue; elle n'a pas eu de communication avec le dehors. La variole n'a pas paru dans le voisinage; cependant la variole de l'enfant était parfaitement caractérisée. Elle était au onzième ou douzième jour de l'éruption. Comment combiner ce fait avec les idées de la contagion?

Les poisons morbides qui viennent du dehors ne produisent pas leurs effets d'une manière instantanée. Entre le moment où les virus variolique, morveux, claveleux, etc., ont été insérés par un atome imperceptible sous l'épiderme, et le jour où une maladie spécifique nous les reproduit largement et dans des quantités hors de toute proportion, il s'écoule un temps plus ou moins long, variable, suivant la nature des virus. C'est là, comme on l'a dit par métaphore, une sorte de *germination*.

MM. Béhier, Hardy, Sestier et Piorry considèrent cette reproduction comme le caractère principal des virus.

Ils pénètrent dans l'organisme par les diverses voies de l'absorption ; ils s'y introduisent tantôt par les solutions de continuité du tégument externe, tantôt, par suite du simple contact de deux muqueuses, tantôt enfin à distance, et par un procédé que nous ne pouvons analyser. Il en est, comme je l'ai déjà dit, qui ne peuvent s'introduire chez l'homme que d'une manière, et à ce sujet j'ai cité la rage qui succède toujours à l'inoculation, n'ignorant pas d'ailleurs le fait de Palmerius, qui vit un homme enragé transmettre la maladie à ses enfants, rien que pour les avoir embrassés (Enaux et Chaussier). Le plus grand nombre se reproduit de toutes les manières : par inoculation artificielle ou

naturelle, par contact direct des muqueuses (syphilis), ou enfin par infection à distance (variole, rougeole, etc).

L'absorption s'effectue par les lymphatiques et par les radicules veineuses, surtout dans les cas de solution de continuité ; et quand on pense à la rapidité avec laquelle certaines substances pénètrent dans le sang, on doit être surpris de voir tant de personnes s'exposer journellement à la contagion sans être aussitôt atteintes par l'action spéciale de ce poison. On se demande alors comment la période d'incubation de certaines maladies peut se prolonger si longtemps, et sans que l'on puisse s'en rendre compte, on doit dire comme M. Sestier : «Entre le virus variolique et la variole, il y a l'intermédiaire de l'économie vivante. »

Cette absorption est plus ou moins rapide selon les virus : les uns modifient assez promptement l'organisme, et témoignent de leur présence au bout d'un temps déterminé, trois à quatre jours pour le vaccin (Guersant), une ou deux septaines pour la variole (Rayer), d'un à six jours pour la pustule maligne, etc. ; d'autres, au contraire, séjournent quelquefois bien longtemps dans l'économie avant de révéler leur existence. Ainsi la période d'incubation du virus de la rage a été estimée de trois semaines à un an par M. Ménière. Tous les médecins sont à peu près d'accord à ce sujet. On croit que le virus séjourne dans la partie inoculée, où il peut être détruit par la cautérisation. Le fait est avéré, du moins pour ce qui concerne la syphilis (Adelon, Ricord, *Thèse* de Sestier).

Les effets des virus varient notablement, suivant une foule de circonstances qu'il est utile de connaître, et qui sont relatives, les unes au poison morbide lui-même, les autres à l'individu qui a été soumis à l'infection. Ainsi, d'après M. le professeur Piorry, bien que les virus, en se reproduisant un grand nombre de fois, restent à peu près les mêmes, il y a une sorte d'affaiblissement, d'amoindrissement dans l'énergie des accidents produits par la cause virulente. C'est, ajoute cet auteur, ce qu'on croit avoir observé pour la syphilis et pour la vaccine. Je dirai de plus, c'est ce que l'on constate chaque jour dans la pathologie comparée lors de l'inoculation du claveau qu'on pratique sur les moutons pour les préserver de la clavelée. C'est aussi ce qui a été démontré par Breschet qui a vu le virus rabique du chien inoculé à des moutons, et occasionner la rage, perdre ensuite sa puissance vers la quinzième ou vingtième génération au point de ne plus déterminer d'accidents. Toutefois, l'affaiblissement des virus par suite de générations successives ne doit pas être accepté d'une manière absolue ; car il est fort possible que chez les animaux

comme chez l'homme on puisse voir des affections virulentes bénignes donner naissance aux affections virulentes les plus graves.

Les virus sont d'autant plus actifs qu'ils sont recueillis à une époque plus voisine de l'invasion de la maladie, fait constaté par les syphiliographes (Hunter), notes de M. Ricord. Ce médecin nous apprend là que le pus d'un chancre en voie de réparation absolue cesse d'être contagieux.

Pour quelques médecins, l'intensité du virus peut être en rapport avec la quantité de contagion *absorbée*. Cela n'est, dit-on, pas exact d'une manière absolue, mais c'est vrai dans quelques circonstances; ainsi veut-on modifier une variole qui commence, ce n'est pas par une seule inoculation de cow-pox qu'on y pourra réussir, quelle que soit la quantité de virus qu'on laisse dans la plaie; c'est par un grand nombre de piqûres, et avec un peu de virus déposé dans chacune, s'il peut être *absorbé*. La multiplicité des piques favorise évidemment l'absorption. On sait d'ailleurs que sur ce fait roule l'argumentation de ceux qui combattent l'inoculation de la syphilis. Ils affirment qu'en inoculant le pus d'un chancre primitif à un homme déjà infecté, il en résulte quelquefois des accidents qui n'auraient pas eu lieu sans cette circonstance. C'est une question que je ne me permets pas de résoudre.

Il ya a des virus qui conservent longtemps leurs propriétés virulentes; c'est ce qu'on appelle *fixité*. Les uns se conservent imprégnés sur des corps denses et solides, les métaux et le verre, et d'autres dans des étoffes et des linges. J'ai lu quelque part qu'un enfant ayant mis dans sa bouche un couteau taché depuis longtemps par le sang d'un animal enragé s'était ainsi communiqué la rage. Le virus variolique est un de ceux qui s'altèrent le moins facilement; la mort des sujets ne lui fait rien perdre de son activité. On trouve dans l'ouvrage d'Ozanam, et dans une thèse de M. Guérard sur les exhumations, des faits qui tendent à prouver que des individus morts de variole depuis vingt ou trente ans sont encore susceptibles de propager la maladie. Le virus-vaccin, au contraire, meurt avec les individus. (Taupin, Mémoire inédit dans l'art. *Vaccine* de MM. Guersant et Blache, *Dict. de médecine.*)

La neutralisation de certains virus les uns par les autres est un fait assez rare et fort curieux. Ainsi on a rapporté plusieurs exemples de variole modifiée par la vaccine ou de vaccine modifiée par la variole. Il est évident pour moi, comme pour ceux qui ont vu les faits récemment observés dans le service de

M. Rayer, que ces deux maladies ont une influence abortive marquée l'une sur l'autre, et que les deux éruptions sont très-sensiblement modifiées. Il en est peut-être aussi de même pour la rougeole et la variole ; mais ici le problème n'est pas entièrement résolu, et nous trouvons quelques dissidences entre des auteurs d'une imposante autorité. Ainsi Hunter, Hosti, Berghius, Cruikshand et Hildenbrandt, ne croient pas que ces maladies éruptives puissent se développer ensemble, et affirment que l'éruption variolique succède toujours à l'éruption morbilleuse. M. Rayer, au contraire, a publié des faits qui prouvent que les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi absolue, et que, quelquefois au moins, la variole se developpe sur une éruption morbilleuse encore assez vive. Après tout, ce n'est pas de cela dont il s'agit en ce moment : nous voulons savoir si, dans les cas où plusieurs fièvres éruptives apparaissent simultanément, ou se succèdent chez un même individu, il y a une influence abortive d'une de ces maladies sur l'autre. C'est ce qui paraît probable, et ce que M. Villemin a essayé de démontrer dans le travail qu'il a publié à ce sujet, et où se trouvent un grand nombre d'observations, dont plusieurs sont assez concluantes.

Quant à l'annihilation des virus par le venin de la vipère, par le suc gastrique (Valli, Hildenbrandt), par le chlorure de soude (Renault), ce sont des faits qui rentrent dans le domaine de la thérapeutique, et nous en reparlerons plus loin.

Nous ne connaissons que d'une manière bien imparfaite l'influence incontestable des circonstances individuelles sur l'absorption des virus, et jusqu'à ce que la science soit plus avancée à cet égard, il sera difficile d'expliquer la cause de l'immunité dont jouissent certains individus qui s'exposent et se sont exposés sans inconvénient à l'absorption des différentes matières virulentes.

Les enfants sont plus exposés que les adultes et les vieillards à l'action des virus morbilleux et variolique. Les hommes faibles, épuisés par les excès, par les privations de la faim, par des évacuations considérables, par l'oppression morale de la tristesse ou de la frayeur ; exemple : la rage, sont, dit-on, plus exposés que d'autres à subir l'influence des matières virulentes. Disons d'une manière générale qu'il y a à cet égard des idiosyncrasies naturelles, si je puis ainsi dire, semblables à celles qu'on détermine artificiellement par l'inoculation dans certains virus. On sait, en effet, que plusieurs d'entre eux ne peuvent pénétrer qu'une seule fois dans l'organisme, et le protégent à l'avenir contre une infection de même nature.

(*La suite à un prochain numéro.*)

28. *Recherches sur l'état d'acidité ou d'alcalinité de quelques liquides du corps humain dans l'état de santé et de maladie* ; mémoire lu à l'Académie des sciences (séance du 19 juin 1848), par M. ANDRAL.

(Gazette médicale de Paris, N° 28 ; 1848.)

Les différentes humeurs animales, considérées dans leur état physiologique, présentent toutes un certain degré d'acidité ou d'alcalinité. Quelqnes influences passagères peuvent accidentellement les rendre neutres. Ainsi l'ingestion dans l'estomac d'une grande quantité d'eau peut, d'une manière momentanée, enlever à l'urine son acidité. Ainsi encore, lorsque la peau vient à se couvrir d'une sueur très-abondante, ce liquide, naturellement acide, peut cesser de l'être et se montrer neutre. Mais il est évident qu'en pareil cas l'acidité de ces humeurs ne disparaît que parce que leur principe acide se trouve accidentellement étendu dans un véhicule aqueux très-abondant.

Dans l'état physiologique, il n'est donné à aucune modification spontanée de l'organisme de transformer un liquide naturellement acide en un liquide alcalin, et *vice versâ*. Si cette transformation s'observe quelquefois, cela dépend, comme le passage à l'état neutre, d'influences étrangères à l'organisme : ainsi agissent, dans certains cas, soit la nourriture, soit les boissons, soit la décomposition de quelques liquides, ou à l'air ou dans leurs réservoirs eux-mêmes.

On peut donc établir en principe, que chez l'homme sain, quelles que soient les variétés de son état physiologique, chacune des différentes humeurs du corps conserve constamment la même réaction, alcaline pour les unes, acide pour les autres ; tout au plus peuvent-elles quelquefois devenir accidentellement neutres, lorsqu'on fait arriver dans le sang une grande quantité d'eau, ou lorsque, sans que cette circonstance existe, elles sont sécrétées en abondance beaucoup plus grande que de coutume. Cela est en particulier remarquable pour la matière de la perspiration cutanée ; ce qui prouve que, lorsque celle-ci augmente de manière qu'il en résulte production de sueur, l'accroissement de la perspiration cutanée a pour effet d'enlever au sang proportionnellement plus d'eau que d'autres principes ; car sans cela, et malgré son augmentation d'abondance, la matière de la perspiration cutanée resterait toujours acide.

Mais, si l'homme devient malade, ses humeurs conservent-elles la même espèce de réaction que dans l'état physiologique ? celles qui étaient alcalines dans l'état de santé peuvent-elles, par

le fait de la maladie, devenir acides, et réciproquement? Cette question est du nombre de celles qui n'ont pas encore eu leur solution définitive. On a souvent répété, et c'est même une opinion généralement répandue, qu'il est donné à un certain nombre de maladies de modifier les liquides à ce point, que ceux qui étaient naturellement acides deviennent alcalins, et que ceux qui étaient alcalins deviennent acides. Cette opinion, reproduite à différentes époques de la science, a servi à instituer plus d'une théorie sur la cause prochaine et sur la nature des maladies; elle a conduit à établir des signes pour les reconnaître, et à tracer même quelques règles thérapeutiques. Il ne m'a donc pas paru sans importance de soumettre à un nouvel examen la question de savoir si, dans les maladies et par leur influence, les deux réactions acides et alcalines de nos humeurs sont susceptibles de se modifier en se transformant l'une dans l'autre.

De tous les liquides de l'économie, le sérum du sang est celui qui m'a toujours paru présenter la réaction alcaline la plus forte. L'intensité de cette réaction ne m'a pas semblé varier sensiblement, quelles que fussent la nature et la durée de la maladie.

On a dit que, dans les cas où le sang devenait très-pauvre en fibrine, la proportion de ses principes alcalins augmentait; mais les faits cités à l'appui de cette opinion sont encore trop rares pour qu'on puisse leur attribuer une grande valeur. On a dit aussi que, dans le diabète sucré, l'alcalinité du sang était diminuée; mais, à ma connaissance, aucune analyse n'a été citée à l'appui de cette grave assertion.

Peut-il arriver quelquefois, que le sang perde sa réaction alcaline? Je pose cette question, parce qu'un auteur grave, Vogel, a rapporté dans son *Anatomie pathologique*, d'après Sherer, l'observation d'une femme atteinte de métro-péritonite, chez laquelle Sherer affirme avoir trouvé parfaitement neutre le sang qui venait d'être extrait de la veine par une saignée. Vogel, qui rapporte ce fait sans le nier, et sans même le discuter, remarque cependant qu'il n'a jamais rien observé de semblable. Pour ma part, je dois dire que l'état d'alcalinité du sang est à mes yeux une loi générale à laquelle jusqu'à présent je n'ai pas trouvé d'exception. Quant aux cas dont Vogel a également parlé, et dans lesquels on aurait trouvé le sang acide, je ne saurais les admettre; il va d'ailleurs sans dire que ma négation ne s'applique qu'aux cas où le sang examiné était celui d'individus vivants. Vogel affirme, en effet, avoir quelquefois trouvé le sang acide après la mort; mais cette acidité était alors un résultat de la

décomposition éprouvée par le sang : ce n'était plus un fait de maladie.

Les liquides qui se forment aux dépens du sang existent rarement à l'état neutre : le plus ordinairement, ou ils restent alcalins comme le sang dont ils émanent, ou ils présentent une réaction acide plus ou moins forte. Voilà ce qui a lieu à l'état physiologique ; je vais essayer de déterminer quel changement peut leur imprimer, sous ce rapport, l'intervention de l'état morbide.

Mais d'abord, il y a un fait à établir : c'est qu'à la plupart des surfaces extérieures ou intérieures du corps arrivent à la fois plusieurs liquides qui ont le plus souvent des réactions différentes , de telle sorte que, si l'on n'était averti de cette circonstance, on pourrait se méprendre en attribuant à un changement de réaction d'un de ces liquides, ce qui dépend uniquement de la prédominance accidentelle de l'autre.

Ainsi, la peau sécrète deux matières de réaction différente : l'une acide, c'est la sueur; l'autre alcaline, c'est la matière sébacée.

Quelles que soient les conditions de santé ou de maladie dans lesquelles j'ai examiné la sueur, je l'ai trouvée le plus ordinairement acide, quelquefois neutre, et jamais alcaline.

J'ai dit plus haut dans quel cas j'avais constaté l'état neutre de la sueur : c'est lorsqu'elle est extrêmement abondante. Son acidité ne lui est enlevée par aucune maladie ; aucune, non plus, ne la rend alcaline. Dans les fièvres typhoïdes, quelle que soit leur gravité, l'acidité de la sueur persiste : il n'est pas vrai qu'elle disparaisse dans le diabète sucré, maladie dans laquelle, d'ailleurs, on a plus d'occasions qu'on ne le croit communément de s'assurer des propriétés de la sueur ; car, chez les diabétiques, la perspiration cutanée augmente souvent, et j'ai vu des diabétiques qui, arrivés à une période fort avancée de leur maladie, présentaient, soit dans le cours de la journée, soit la nuit, des sueurs fort abondantes, bien qu'ils ne fussent point atteints de tubercules pulmonaires.

La peau cependant ne présente pas partout une réaction acide, et dans quelques-uns des points mêmes où elle est couverte de sueur, elle peut offrir une réaction nettement alcaline. Ces points sont ceux où l'on trouve un grand nombre de follicules sébacés, comme au nez chez quelques personnes, et plus généralement au creux de l'aisselle, aux sourcils et dans plusieurs autres parties pourvues de système pileux. Ce n'est certainement pas la sueur qui, dans ces parties, acquiert des propriétés particulières; ce n'est point elle qui devient alcaline : c'est la matière grasse contenue

dans les follicules qui, dans les parties de la peau où elle abonde, produit cette réaction. Celle-ci n'est pas d'ailleurs constante : très-prononcée chez certains individus, elle ne se rencontre pas chez d'autres ; et d'ailleurs elle existe ou elle manque indépendamment de toute condition spéciale de santé ou de maladie.

La sueur n'est donc pas simplement l'eau du sang qui s'échappe à travers la peau, chargée d'une plus ou moins grande quantité des principes du sérum ; car, si telle était la nature de la sueur, elle serait alcaline, comme l'est le sérum du sang et comme le sont la plupart des liquides qui se séparent du sang à la surface cutanée. Ainsi, le liquide fourni par une portion de peau qui a été irritée, soit par une brûlure, soit par l'application d'un vésicatoire ordinaire ou d'ammoniaque, présente toujours une alcalinité très-prononcée. Le liquide contenu dans les vésicules de l'herpès ou de l'eczéma, ou dans les bulles du pemphigus, est également toujours alcalin. Dans tous ces cas où un travail plus ou moins intense de congestion précède l'exhalation du liquide, on doit admettre que c'est le sérum du sang qui, modifié seulement, quant à la proportion respective de ses éléments, s'exprime des vaisseaux et se répand à la surface libre de la peau. Cependant, il y a à la peau une éruption vésiculeuse qui se distingue de toutes les autres, en ce que l'apparition des vésicules n'est précédée d'aucun signe de congestion, et qu'elle est le premier et le seul élément pathologique appréciable. Cette éruption est celle connue sous le nom de *sudamina*. Eh bien ! par une exception singulière, le liquide des sudamina diffère de celui de toutes les autres affections vésiculeuses de la peau, en ce qu'au lieu d'être alcalin, il est au contraire notablement acide ; on n'y trouve d'ailleurs aucune trace d'albumine, tandis qu'on en rencontre dans tous les autres. Le liquide des sudamina est donc le produit d'un travail tout spécial et tout différent de celui qui cause les autres éruptions vésiculeuses. Ce liquide, par sa réaction acide et par son absence d'albumine, ressemble tout à fait à la sueur. Aussi voit-on souvent, dans l'état de maladie, des sudamina se produire chez des individus qui ont des sueurs fort abondantes ; mais cette dernière circonstance n'est pas la cause unique de leur développement, car dans beaucoup de fièvres thyphoïdes, on voit de nombreux sudamina couvrir la peau du tronc, du cou et des membres, sans qu'il y ait eu sensiblement de sueur.

Sur les membranes muqueuses encore plus qu'à la peau, on trouve presque toujours à la fois des liquides de plusieurs sortes et ordinairement de réaction différente : de là une certaine dif-

ficulté pour démêler, dans cette association de liquides, la réaction qui appartient à chacun d'eux ; de là des chances d'erreurs qui n'ont pas toujours été évitées.

Dans toutes les parties de leur étendue, les membranes muqueuses, à leur état sain, fournissent, comme la peau, un principe acide. Ce principe existe dans le liquide transparent et sans globules qu'elles séparent du sang dans leur état physiologique. Mais si, comme cela arrive sans cesse, ce liquide est remplacé par une autre matière opaque et pourvue de globules, la réaction acide disparaît, et une réaction alcaline très-prononcée la remplace. Aussi trouve-t-on constamment alcalin le mucus opaque que sécrètent si facilement les membranes muqueuses, dès qu'elles sont devenues le siége d'un travail phlegmasique aigu ou chronique. Peu de liquides sont aussi fortement alcalins, par exemple, que ne l'est le mucus puriforme fourni par les fosses nasales, dans les cas de coryza. Dans les bronchites, la matière expectorée présente, assez souvent réunies, les deux sortes de réactions acide et alcaline. Les portions de cette matière restées transparentes sont acides ; celles qui sont devenues opaques sont alcalines, et l'on voit ces deux réactions rester parfaitement distinctes l'une à côté de l'autre.

La membrane muqueuse de la bouche, y compris celle qui revêt les deux faces de la langue, présente une réaction qui n'est pas toujours la même. Examinée le matin, avant qu'aucun aliment n'ait été pris, elle offre, dans l'immense majorité des cas, une réaction acide ; mais dans la journée cette réaction change et devient alcaline. La première réaction appartient à la matière fournie par la membrane muqueuse buccale, la seconde appartient à la salive. On a donc eu tort de dire que l'acidité de la bouche était due à un état morbide de l'estomac, et qu'en particulier elle annonçait une inflammation de cet organe. L'acidité de la bouche n'est point un fait pathologique. On l'observe chez les personnes les mieux portantes, chez celles qui digèrent le plus normalement, et l'on peut la retrouver dans les maladies les plus diverses : elle disparaît dès qu'on fait affluer dans la bouche une certaine quantité de salive ; on la retrouve d'autant plus prononcée qu'on la recherche à une époque plus éloignée de celle où des aliments ont été pris, et dès lors on comprend facilement comment elle sera plus forte et plus persistante dans les maladies où, depuis un certain temps, une diète rigoureuse a dû être observée.

Ainsi donc le liquide qui se sépare de la membrane muqueuse buccale est acide dans l'état physiologique, et il reste tel dans

toutes les conditions possibles de l'état pathologique. Dans les cas où la bouche se montre alcaline ou neutre, ce n'est pas que ce liquide ait changé de nature, c'est qu'il a cessé d'être sécrété, ou que sa réaction se trouve dissimulée par celle d'un autre liquide qui ne tire plus son origine de la membrane muqueuse.

Lorsque, après la mort, on applique un morceau de papier de tournesol sur la membrane muqueuse de l'estomac, on voit le plus ordinairement ce papier rougir d'une manière très-prononcée; quelquefois il reste bleu, mais jamais la membrane muqueuse gastrique ne m'a offert de réaction alcaline. Quant à sa réaction acide, je l'ai également rencontrée, et dans les cas où l'estomac contenait des débris de matière alimentaire, et dans ceux où depuis longtemps aucune digestion ne pouvait avoir lieu. Comment mettre d'accord ces faits avec d'autres faits fournis par la physiologie expérimentale, et desquels il résulterait que l'estomac ne manifesterait de réaction acide que lorsqu'il serait stimulé par la présence d'aliments ou de divers corps étrangers, tandis que lorsqu'il est vide il aurait une réaction alcaline. Ce n'est point là ce que j'ai trouvé chez l'homme ; les conditions morbides variées, au milieu desquelles succombaient les malades, ne m'ont pas paru non plus apporter de modifications dans la nature de la réaction de l'estomac. Je l'ai trouvée également acide dans les affections les plus diverses, dans la fièvre typhoïde, dans les inflammations aiguës du poumon, dans la phthisie pulmonaire, dans l'albuminasie, dans le diabète sucré. Cette même réaction acide se trouve d'ailleurs, d'une manière à peu près constante, dans les matières rejetées de l'estomac par l'acte du vomissement. Il y a, entre autres, peu de substances qui rougissent aussi fortement le papier de tournesol que ne le rougit la matière noire, constituée par du sang, que vomissent si souvent les malades atteints d'une affection cancéreuse de l'estomac.

Il est encore assez fréquent de constater chez l'homme, après la mort, une réaction acide sur la membrane muqueuse du duodénum et sur celle de la partie supérieure de l'intestin grêle ; cependant, comme dans cette portion du tube digestif affluent, du pancréas et du foie, des liquides de nature alcaline, il n'est pas très-rare de rencontrer cette sorte de réaction dans le duodénum et même au-dessous de lui. Quant au gros intestin, j'y ai toujours constaté une réaction alcaline très-prononcée.

Je vais examiner maintenant la nature de la réaction des liquides formés par quelques glandes.

Les larmes m'ont paru être constamment alcalines; il en est

de même de la salive. On a prétendu que, dans certains cas de maladie, la salive pouvait perdre l'alcalinité qui constitue son état normal et devenir acide. Je crois pouvoir conclure de mes recherches sur ce point qu'il n'en est jamais ainsi, et qu'il n'est donné à aucune maladie de transformer la salive en un liquide acide. J'ai dit plus haut que chez beaucoup de personnes, soit bien portantes, soit malades, la bouche présente une réaction acide des plus nettes. Cette sorte de réaction a été à tort attribuée à la salive. On peut facilement démontrer qu'elle ne lui appartient pas, en introduisant dans la bouche un corps sapide quelconque; sous son influence, une certaine quantité de salive arrive rapidement dans la bouche, et dès ce moment on trouve dans la cavité buccale une réaction alcaline très-prononcée : ce n'est donc point, dans ce cas, la salive qui est acide, c'est le liquide qui est fourni par la membrane muqueuse de la bouche. On s'est donc évidemment trompé lorsqu'on a dit que, dans les inflammations d'estomac, la salive devenait acide. On a également commis une erreur lorsqu'on a avancé que, chez les diabétiques, la salive acquérait des propriétés acides. Souvent sans doute, chez les diabétiques, on trouve dans toute la bouche une réaction acide; mais cela n'a rien de propre au diabète, et dans cette maladie, pas plus que dans les autres, la réaction acide de la bouche ne dépend de la salive. Pour m'en assurer, j'ai fait mâcher à des diabétiques qui présentaient cette réaction un peu de racine de pyrèthre; j'ai déterminé ainsi, en quelques instants, un flux abondant de salive, et j'ai bien constaté que ce liquide avait conservé son alcalinité ordinaire. Ainsi tombe un des principaux arguments qu'on avait fait valoir pour étayer la théorie d'après laquelle on regarde le développement de la glucosurie comme le produit de l'acidification, soit du sang, soit d'autres humeurs de l'économie.

Dans l'état de santé, l'urine qui n'a pas trop longtemps séjourné dans la vessie, et qui est examinée peu de temps après son émission, est toujours acide. Cette acidité toutefois peut devenir très-faible, ou même être remplacée par un état neutre, si une très-grande quantité de boissons aqueuses a été ingérée dans l'estomac, et si en même temps il ne s'est point établi une abondante diaphorèse. Sous l'influence de celle-ci, l'acidité de l'urine augmente d'une manière notable.

Quelques circonstances accidentelles peuvent, chez un homme bien portant, rendre l'urine momentanément alcaline. Ainsi elle peut devenir telle par l'ingestion dans l'estomac d'eau chargée de sels alcalins; elle peut encore acquérir des propriétés alcalines

par l'usage, plus ou moins prolongé, d'une alimentation exclusivement herbacée. La privation des aliments, quelle que soit sa durée, n'ôte pas à l'urine de l'homme son acidité ; mais, chose remarquable, on voit, chez quelques convalescents, l'urine devenir passagèrement alcaline, au moment où l'on commence à leur rendre de la nourriture.

Dans les maladies, les modifications nombreuses que l'urine subit dans sa composition ne lui ôtent pas son acidité ; et si elle la perd, c'est par des influences toutes spéciales, que j'exposerai tout à l'heure. Quelque multipliées qu'aient été sur ce point mes observations, je suis encore à trouver un cas dans lequel, par l'influence de la maladie elle-même, l'urine se soit échappée des reins à l'état de liquide alcalin. Il est évident pour moi qu'il y a eu erreur dans l'observation de ceux qui ont dit que, dans la fièvre typhoïde, l'urine devenait alcaline. Déjà cette assertion avait été combattue par M. Rayer, et on lit dans son ouvrage sur les maladies des reins « qu'ayant recherché la nature de la réaction de l'urine dans cinquante cas de fièvre typhoïde, il n'en avait trouvé aucun où elle fût devenue alcaline. » Mes recherches personnelles m'ont conduit au même résultat. Quelle que fût la forme qu'ait revêtue la maladie, quelle que fût aussi sa gravité, et jusque dans sa période adynamique la plus avancée, j'ai toujours trouvé l'urine très-franchement acide. Dans les cas même où le liquide avait séjourné longtemps dans la vessie, et où celui que j'examinais en avait été extrait par le cathétérisme, il conservait le plus ordinairement son acidité. L'opinion que, dans les fièvres graves, l'urine devient alcaline me paraît bien plutôt avoir été émise sous l'influence de certaines idées théoriques, que par suite d'une attentive observation des faits.

On lit dans plusieurs auteurs que les maladies de la moelle épinière ont le pouvoir de modifier la sécrétion des reins, de telle sorte qu'elles rendent l'urine alcaline. A cet égard, une confusion évidente a été faite : lorsque, chez un individu atteint d'une affection du prolongement rachidien, la vessie n'est point devenue malade, l'urine qu'elle contient y arrive acide et en sort telle ; mais si, au contraire, la membrane muqueuse de la vessie est devenue le siége d'une sécrétion purulente, alors l'urine s'altère dans ce réservoir et y devient alcaline. Or cette circonstance se présente assez souvent, en raison de la fréquence des affections de la vessie, vers une époque plus ou moins avancée des maladies de la moelle épinière. Les affections de la vessie sont, en effet, le seul état morbide que j'aie vu rendre l'urine alcaline, non pas celle qui sort des reins, mais celle qui a séjourné dans la

vessie. L'altération que l'urine subit alors est un phénomène purement chimique : mise en contact avec le pus ou autres produits morbides fournis par la vessie, elle se décompose et devient ammoniacale. Du reste, le pus lui-même, quelle que soit sa source, est un liquide constamment alcalin ; on ne le trouve acide que dans quelques cas où il s'est altéré par suite de son exposition prolongée à l'air. La constance du caractère alcalin du pus est d'ailleurs une conséquence de sa nature. Qu'est-ce, en effet, que le pus, si ce n'est le sérum même du sang, au sein duquel se sont spontanément développés des globules spéciaux ? Le pus doit donc être toujours alcalin, au moment de sa formation, comme le sont toujours aussi et le sang et les diverses sérosités morbides.

Ainsi donc les différents liquides de l'économie présentent, dans la nature de leur réaction, soit acide, soit alcaline, une constance infiniment plus grande qu'on n'aurait pu le supposer. Au milieu des modifications variées que l'état de maladie imprime à la composition de ces liquides, la maladie n'a pas le pouvoir de changer leur mode de réaction, et toujours ils sortent semblables, sous ce rapport, de l'appareil qui les sépare du sang. L'immutabilité de la sécrétion des principes alcalins et acides des humeurs animales est donc une loi de l'état physiologique aussi bien que de l'état pathologique, et il faut que la conservation de cette loi soit bien importante, puisqu'elle persiste sans exception, modifiée seulement par l'urine, d'une manière passagère, par quelques influences d'alimentation.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 12 JUIN.

Accroissement de la longévité de la population française. — M. Charles Dupin présente un travail statistique sur l'accroissement de la longévité de la population française dans une période de 76 années, de 1770 à 1845 inclusivement. Il résulte des calculs de M. Dupin sur deux séries d'années, de 1776 à 1803 et de 1803 à 1843, que, pendant cette période de 67 années, il y a un allongement moyen annuel de 60 jours et une fraction (environ 1/3).

Cette progression constante pour une période égale à deux tiers de siècle semble indiquer un temps considérable avant que l'accroissement moyen

de la vie, dans l'avenir, disparaisse ou subisse des diminutions très-notables. Cependant M. Dupin a constaté des variations annuelles très-sensibles dans l'allongement de la vie. Par exemple entre 1803 et 1843 c'est à 1823 que l'allongement annuel de la vie se trouve le plus petit possible. — Avant l'année 1813, l'allongement de la vie croît plus vite que l'allongement moyen de 1803 à 1843. De 1813 à 1836 l'allongement de la vie croît moins vite que l'allongement moyen. Enfin, à partir de 1836 jusqu'à 1843, l'allongement de la vie reprend une marche ascendante supérieure à l'accroissement moyen.

En s'arrêtant sur le premier résultat, on voit un accroissement moyen et constant qui représente évidemment une amélioration régulière et continue de la santé, du bien-être et des habitudes propres à l'ensemble de la population française.

Cette amélioration pendant deux tiers de siècle (67 ans) produit un allongement de longévité qui n'est pas moindre de *onze années*. Voulût-on n'évaluer la longueur de la vie que par le rapport de la population totale au chiffre des naissances annuelles, cet accroissement de la longévité serait encore de *neuf ans et demi*.

On cessera d'être surpris de cet énorme changement éprouvé dans l'existence de la population française , ajoute M. Dupin, si l'on veut comparer cinq années consécutives prises vers l'origine de l'époque dont nous mesurons le progrès, et l'année la plus malheureuse de ces derniers temps, l'année 1832, où l'invasion du choléra asiatique a sévi si rigoureusement sur notre territoire.

Pendant cinq années consécutives du dix-huitième siècle, sans qu'aucune épidémie extraordinaire ait sévi sur la population française, la perte annuelle l'emporte de 9,167 décès, par million d'habitants, sur la perte occasionnée en 1832 par l'immense invasion du choléra : la perte du dix-huitième siècle est de 33 pour 100 supérieure à la perte éprouvée au dix-neuvième siècle dans l'année du choléra.

Si l'on compare cinq années des plus heureuses du dix-huitième siècle à l'année 1832, on trouve que, pour les premières, la perte est encore de 10 pour 100 supérieure à la mortalité de 1832, la pire année du choléra.

Enfin, pour avoir une idée plus complète du sort de la population française au dix-huitième siècle, nous avons pris le total des décès pendant les quinze années, pour lesquelles nous les trouvons consignées dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, et nous avons trouvé par million d'habitants :

Décès. . . . . 33,840.

Après avoir constaté , par cet ensemble de faits et d'observations , la supériorité si remarquable acquise par la longévité de la population fran-

çaise durant le cours de deux tiers de siècle, examinons de plus près les différences profondes qu'offre cette longévité dans les diverses parties des quarante-cinq années, 1801 à 1845, pour lesquelles nous possédons des documents statistiques continus et complets.

C'est en 1824 que l'allongement progressif de la vie est réduit à son minimum, et ce minimum ne s'élève qu'à 19 jours et demi.

A partir de 1824, il faut reculer de 11 ans, 58, c'est-à-dire jusqu'à 1813, pour revenir à l'allongement moyen de la vie pendant les quarante années, c'est-à-dire 60 jours un tiers.

Il faut pareillement avancer de 11 ans, 58, c'est-à-dire jusqu'à 1836, pour atteindre de nouveau l'allongement moyen de la vie pendant les quarante années.

De 1803 à 1813 et de 1836 à 1843, l'allongement annuel de la longévité varie en suivant une marche beaucoup plus rapide qu'entre les deux époques intermédiaires de 1813 à 1836.

A quels ordres de faits, ou physiques ou sociaux, faut-il principalement rapporter les grandes inégalités périodiques dont nous venons d'indiquer l'alternative et les limites?

Le temps écoulé de 1801 à 1803 est une époque de paix. Les combats considérables ne recommencent qu'en 1804 pour finir en 1815. L'influence de la guerre appartient surtout à la première période; les trois suivantes sont presque entièrement remplies par 28 années et demie de paix générale.

L'introduction de la vaccine a produit son plus grand effet sur l'allongement de la vie moyenne dans la première période comprise de 1803 à 1813; il a dû se ralentir vers la fin de cette même période.

A partir de 1813, ou si l'on veut de 1815, où les grandes causes perturbatrices sont écartées, combien sont grandes encore les inégalités progressives observées dans l'allongement annuel de la vie, allongement qui descend, entre 1813 et 1824, de 60 à 19 jours, puis qui remonte, entre 1824 et 1835, de 19 à 60 jours, et qui, de 1836 à 1843, s'élève de 69 à 130 jours par année, c'est-à-dire fait plus que doubler en sept ans.

Quelles ont été les grandes causes retardatrices dont l'effet s'est manifesté de 1803 à 1815, en les ajoutant à l'état de guerre, et de 1813 à 1824, en les ajoutant à l'état de paix?

L'auteur a voulu savoir si les deux années de disette, 1817 et 1818, peuvent ou non compter au rang des causes influentes sur la diminution progressive de l'allongement de la vie, entre 1813 et 1824. Mais il résulte de ses calculs que, loin que la mortalité ait été plus considérable dans les deux années de disette que dans les deux années les plus tolérables, la mortalité se trouve moindre.

M. Dupin signale encore un autre fait très-digne de remarque, relativement à la mortalité dans la période comprise entre 1824 et 1836.

Avant l'apparition du choléra, depuis sept ans les mortalités avaient pris un accroissement considérable dont on est frappé si l'on en fait la comparaison avec les sept années précédentes.

Quelle cause puissante a pu produire ce changement si brusque et si considérable de mortalités, qui se manifeste d'une période à l'autre par un accroissement de décès annuels égal, en valeur moyenne, à 51,800?

Dans les premiers temps qui ont suivi la révolution de 1830, quelques causes retardatrices, dues peut-être à des circonstances, à des temps de trouble et de pénurie, ont pu s'opposer à l'allongement progressif de la vie; mais, dès 1834, ces causes disparaissent, et c'est ailleurs qu'il faut chercher les causes de cet allongement.

Pendant le cours de onze années, les institutions restent les mêmes; les arts se développent graduellement ainsi que l'agriculture, sans néanmoins offrir aucune de ces découvertes qui changent la nourriture des hommes ou qui modifieut profondément leurs habitudes.

Nous nous adressons maintenant à nos savants confrères qui cultivent avec un si rare talent les sciences médicales, afin qu'ils portent leur esprit investigateur sur les diverses périodes d'allongement de la vie, alternativement accéléré et retardé.

Les périodes de onze à douze années dont nous avons signalé la succession, périodes si diverses dans la marche de la longévité, correspondent-elles à quelques modifications appréciables dans la santé, dans le régime de la population française?

Des maladies importantes ont-elles prédominé dans les époques de retardation pour s'affaiblir dans les époques d'accélération qu'offre l'allongement de la vie des français?

Quelle part faut-il attribuer aux influences extérieures et variables des saisons et des années, considérées par séries, aux modifications météorologiques, etc.?

N'y a-t-il pas ici le sujet de recherches les plus précieuses pour l'humanité, les plus importantes pour la France? Ces recherches ne pourraient-elles pas devenir le sujet de grands prix offerts aux concurrents qui voudraient les traiter?

Je m'estimerais trop heureux si les rapprochements qui ressortent de mes recherches, purement géométriques et statistiques, peuvent attirer vers des questions capitales les souvenirs et les méditations de nos médecins les plus illustres et leur fournir le sujet de découvertes qui reculeraient les bornes de nos connaissances.

SÉANCE DU 19 JUIN.

M. Andral lit un travail intitulé : *Recherches sur l'état d'activité ou*

d'alcalinité de quelques liquides du corps humain, dans l'état de santé et de maladie. (Voir 12e section.)

— Le 26 juin il n'y a point eu de séance.

SÉANCE DU 3 JUILLET.

Alimentation des habitants des campagnes. — M. Bouchardat lit un travail d'économie rurale ayant pour titre : *De l'alimentation des habitants des campagnes au temps présent comparée à ce qu'elle était il y a cent cinquante ans.*

Dans un précédent travail qu'il a présenté il y a un an à l'Académie, l'auteur a recherché l'influence exercée par la division de la propriété sur le bien-être des citoyens. Poursuivant aujourd'hui dans ses détails ce même ordre d'idées, il se propose de faire connaître dans ce nouveau travail quelle est l'alimentation des habitants des campagnes travaillant à la terre, et d'indiquer les modifications que cette alimentation a éprouvée depuis un siècle et demi.

Après avoir examiné les aliments qu'il distingue en azotés, féculents, légumineux, corps gras et boissons alimentaires, l'auteur arrive à constater que les aliments azotés consommés par les habitants des campagnes en y comprenant les matières azotées contenues dans les féculents et les légumes sont loin de représenter les 154 grammes de matières azotées sèches qui entrent dans l'alimentation normale du cavalier français et qui renferment 22,5 d'azote. L'hydrogène et le carbone des corps gras, des matières féculentes, des légumes et fruits divers représentent et plus les 328 grammes de carbone de la ration normale. Ils doivent suppléer au défaut de l'alimentation azotée. Les travaux de l'auteur sur la digestion des corps gras lui ont prouvé en effet que l'action comburante de l'oxygène s'exerçait avec plus de puissance sur eux que sur les matières azotées. Il a fait depuis la remarque importante que l'habitant des campagnes, exposé au grand air, au soleil, aux rudes travaux des champs, utilisait infiniment mieux les féculents que l'habitant des villes. C'est en poursuivant ses recherches sur la glucosurie qu'il a fait cette observation.

D'après les observations de M. Bouchardat sur l'alimentation, l'habitation et les vêtements, il pense que l'ouvrier des villes qu'on transporterait dans nos campagnes trouverait la nourriture grossière, insuffisante, les habillements misérables. Mais les travaux des champs n'ont qu'un chômage toujours le même pour chaque année. Les effets de la concurrence étrangère sont moins funestes. Si l'on jette un instant les yeux sur le sort des ouvriers des pays industriels par excellence, et que l'on compare leur état à celui des laboureurs, petits propriétaires, à Liverpool, 40,000 personnes logent dans 8,000 caves ; aussi la vie

moyenne descend-elle à dix-sept ans pour l'ouvrier. Il y a cent cinquante ans, 8,486 personnes vivaient misérablement ou mouraient de faim et de froid, sur le même pays qui en nourrit aujourd'hui 17,124 dans un bien-être admirable, si on le compare à l'état ancien. Mais un examen attentif de ce qui existe montre à l'homme de science qu'il y a de grandes améliorations à réaliser. Comment pourront-elles l'être sûrement ? C'est ce que l'auteur se propose de rechercher dans un prochain travail.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Affections saturnines. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire intitulé : *Considérations et recherches cliniques sur quelques points de la pathologie et de la thérapeutique des affections saturnines*, par M. Legroux, médecin des hôpitaux.

M. Legroux s'est proposé, dans ce travail, d'examiner et de reviser la valeur des assertions contenues dans les ouvrages concernant l'intoxication saturnine. Il s'est livré à une étude sérieuse des indications appropriées aux maladies saturnines.

Les accidents causés par les vins frelatés lui paraissant aujourd'hui rares et exceptionnels, il n'a cru devoir s'occuper que de ceux que produisent les poussières plombiques, avec lesquelles les ouvriers sont en contact. Dans l'opinion de M. Legroux, le plomb n'étant pas volatil, il ne peut agir sur l'homme par de véritables émanations, et ce n'est point au métal volatilisé des peintures récentes qu'il faut attribuer certains accidents funestes, mais bien à l'essence de térébenthine.

M. Legroux, en s'appuyant sur l'autorité des toxicologistes, dit que, quelle que soit la quantité de poussière plombique introduite dans l'économie, elle ne peut produire d'intoxication qu'en devenant soluble, solubilité qui s'effectue par l'action des réactifs que ces poussières rencontrent dans les appareils organiques, et en particulier des chlorhydrates alcalins. Ainsi devenus solubles, les sels de plomb peuvent pénétrer dans l'organisme par la peau, par la membrane muqueuse bronchique et par la muqueuse intestinale ; mais l'absorption par les deux premières surfaces est à son avis très-minime ; c'est par la membrane muqueuse intestinale surtout qu'elle lui paraît être la plus active. M. le rapporteur oppose à cette opinion quelques faits qui tendraient effectivement à prouver que l'absorption des sels de plomb a quelquefois lieu avec une grande activité par la peau.

En ce qui concerne la nature des affections saturnines, M. Legroux les considère comme constituées par un empoisonnement analogue à celui de l'arsenic, de l'antimoine, etc. ; il admet qu'il y a dans ces mala-

dies des accidents d'irritation directe ou primitive, des accidents spécifiques résultant de la pénétration du plomb dans l'économie animale ; des lésions qu'il appelle vitales et formant des affections distinctes.

Les deux indications qui se présentent d'abord dans les maladies saturnines consistent, selon M. Legroux, à détruire les foyers d'intoxication extérieure qui s'attachent aux malades et ceux qui existent sur les surfaces muqueuses. L'auteur croit, en ce qui concerne ce dernier foyer, à la nécessité de recourir aux neutralisants chimiques des sels de plomb. Celui qu'il préfère est le persulfure de fer hydraté. Les sels de plomb qui échappent à l'action des neutralisants doivent ensuite être entraînés par des purgatifs énergiques.

L'expérience de M. Legroux n'est pas favorable à l'emploi de la limonade sulfurique. Relativement aux purgatifs qui font la base du traitement de la Charité et auquel l'auteur a toujours recours dans les cas graves, il convient néanmoins que leur action prompte et énergique ne met pas toujours les malades à l'abri des rechutes, si l'on ne leur associe les bains sulfureux savonneux. Quant à l'opium, il ne lui accorde aucune influence notable sur la guérison de cette maladie.

M. Legroux termine par des considérations sur la prophylaxie des maladies saturnines. Il pense que c'est moins dans l'usage de tel ou tel agent préservatif que l'ouvrier omet par négligence, ou ne peut mettre en usage, que dans la salubrité des fabriques, dans les sages dispositions qui prescriraient que chaque travailleur ne serait exposé qu'à son tour et le moins longtemps possible à l'action directe des poussières plombiques. M. le rapporteur partage à cet égard son opinion. Il termine ce rapport en proposant d'accorder de justes encouragements à l'auteur, de le remercier de son importante communication et de la déposer dans les archives de l'Académie.

M. Mérat : Il y a quarante-trois ans environ que j'ai publié mon ouvrage sur les maladies saturnines, dont la seconde édition a paru en 1812. Depuis cette époque, il a été publié un assez grand nombre de travaux sur ce sujet, et tout bien considéré, je ne vois pas que le traitement de cette affection ait fait beaucoup de progrès. Je me trompe, on a fait un véritable progrès, mais c'est le seul, c'est celui qui consiste à baigner les malades. Malgré cette amélioration, la durée du traitement est toujours de six à huit jours, comme du temps du traitement de la Charité ; et je ne crois pas qu'il y ait moins de récidives aujourd'hui qu'autrefois.

M. Bouvier : Il y a bien des années déjà que j'ai été frappé des accidents mortels occasionnés par la manipulation du plomb, et de l'indifférence que l'autorité semble apporter dans la surveillance de cette industrie ; il n'y a pas d'autre surveillance, que je sache, que celle

qu'exercent eux-mêmes quelques chefs d'établissement et de rares visites des membres du Conseil de salubrité. M. Tanquerel des Planches avait bien proposé un service spécial d'inspection, mais il n'a pas été donné suite à son avis. Et cependant il est exact de dire, comme M. Mérat, que le traitement de la colique de plomb n'est pas plus heureux aujourd'hui qu'il y a quarante ans ; il n'est pas d'année qu'il ne meure quelque malade atteint de colique saturnine, dans les hôpitaux. L'Académie devrait, ce me semble, prendre l'initiative à cet égard auprès de l'autorité. Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que je suis préoccupé de cette idée ; il y a longtemps que j'avais l'intention de faire une proposition à ce sujet, mais je saisis cette occasion avec d'autant plus d'empressement, que nous serions certains de rencontrer de bonnes dispositions auprès du gouvernement.

M. le Président : La question que vient de soulever M. Bouvier est très-délicate. Il ne suffit pas de surveiller les fabriques de préparations de plomb ; ce qu'il importerait surtout, ce serait d'indiquer les moyens prophylactiques, de chercher à bien distinguer les divers accidents confondus sous le nom commun de colique de plomb. Je crois qu'il serait nécessaire de renvoyer toutes ces questions à l'examen d'une commission.

M. Chevalier : Je déclare que je suis prêt à mettre à la disposition de l'Académie tous les documents que j'ai recueillis sur ce sujet depuis douze ans que j'ai eu à m'en occuper pour le Conseil de salubrité.

M. le Président : Je proposerai à l'Académie de renvoyer à la séance prochaine la nomination d'une commission spéciale pour tout ce qui concerne l'intoxication saturnine. (Approuvé.)

M. Bouvier : Je n'ai pas terminé ce que j'avais à dire : M. le rapporteur a laissé passer sans observation cette proposition de M. Legroux, que la solubilité du plomb est une condition nécessaire pour son absorption. Je voudrais qu'on introduisît dans le rapport une petite remarque propre à faire ressortir ce qu'il y a de trop absolu dans cette proposition. J'ai lu récemment dans un journal étranger un fait très-important, et qui, s'il est exact, renverserait cette doctrine ; on aurait retrouvé des fragments de charbon dans le torrent circulatoire. Tout le monde sait que les ouvriers mineurs absorbent en grande quantité des particules de charbon. Les aliments ne renferment-ils pas souvent aussi des substances insolubles qui n'en cheminent pas moins dans l'organisme ? Je crois donc qu'il conviendrait d'exprimer cette proposition, au moins sous la forme du doute.

M. Bricheteau : M. Legroux n'a avancé cette proposition que d'après l'autorité des toxicologistes, et en particulier celle de M. Orfila.

M. Bouvier : Mon objection n'en subsiste pas moins ; je la renvoie aux toxicologistes.

M. Bricheteau : Pour moi, je ne me reconnais pas compétent pour réfuter M. Orfila sur ce point.

M. Bouvier : J'admets du reste que M. Legroux a de bonnes raisons pour dire que le plomb redevient insoluble dans les organes. C'est ce qui explique la persistance des accidents, et en particulier de ceux qui se manifestent du côté du cerveau. Quant à la noirceur consécutive de la peau, je penche à croire que ce phénomène a été mal observé ; c'est parce qu'une couche plus ou moins épaisse de sels de plomb est restée adhérente à la peau, que celle-ci noircit sous l'influence des bains sulfureux, et non par suite d'une élimination des particules plombiques par l'exhalation cutanée.

Je suis du même avis que M. le rapporteur et M. Legroux sur l'insuffisance des neutralisants chimiques, des sels de plomb dans le tube digestif. Il y a de nos jours, une tendance vers les idées chimiques de Fourcroy, dont il convient de se défendre. Je partage entièrement, à cet égard, l'opinion de M. le rapporteur.

M. Legroux ne paraît pas croire à l'efficacité de l'opium dans la colique saturnine. C'est à tort, suivant moi. J'ai vu guérir des maladee par l'opium seul ou presque seul, et j'ai vu employer avec succès, dans ce cas, l'hydrochlorate de morphine à haute dose par notre collègue M. Martin-Solon.

On a dit que le traitement de la colique de plomb n'avait point fait de progrès. Il y a un progrès dont il faut tenir grand compte, quoi qu'en dise M. Mérat, c'est la substitution d'une méthode plus rationnelle à la méthode empirique et banale de la Charité. Ce traitement donnait fréquemment lieu, chez les sujets délicats, à des accidents des voies gastriques, à des gastralgies ou des gastro-entérites, que l'on n'observe presque plus aujourd'hui.

M. Rochoux : M. Legroux veut que l'absorption se fasse principalement par la muqueuse gastro-intestinale ; je crois, avec M. Bouvier, que c'est par la surface pulmonaire que se fait principalement l'absorption.

M. Martin-Solon : La peau n'absorbe les particules de plomb que lorsqu'elle est dénudée, mais lorsqu'elle est saine, comme cela est le cas le plus ordinaire chez les ouvriers cérusiers, ce n'est pas par cette voie que se fait l'empoisonnement ; c'est principalement par la muqueuse gastro-intestinale. Les ouvriers mangent sans avoir la précaution de se laver les mains, c'est là la cause la plus ordinaire de l'empoisonnement saturnin.

J'appuie d'ailleurs la proposition de M. Bouvier.

M. Chevallier s'attache à justifier le Conseil de salubrité du reproche de négligence qui lui a été indirectement adressé. Il est beaucoup plus difficile qu'on ne le pense de soumettre les chefs d'ateliers à une surveillance régulière.

M. Caventou signale quelques lacunes dans le rapport, en particulier en ce qui concerne l'efficacité récemment constatée du traitement par l'iodure de potassium, dont le rapportenr n'a rien dit. Il croit devoir rappeler un moyen prophylactique bien simple qu'il vient de lire dans un journal; ce moyen consiste à faire prendre un litre de lait à chaque homme, un demi-litre le matin, un demi-litre le soir, et à les forcer à de grands soins de propreté.

MM. Mérat et Duval ajoutent quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

La discussion étant close, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. le Président fait connaître l'état du scrutin pour la nomination de la commission de onze membres. Les membres qui ont obtenu le plus de voix et qui composent cette commission sont: MM. Bricheteau, Bégin, Caventou, Gimelle, Gérardin, Villeneuve, Renault, Boullay, Bourdon, Desportes et Cornac.

M. le Président invite la commission à faire promptement son rapport, l'Académie ayant cinq autres vacances à déclarer après celle-ci

SÉANCE DU 13 JUIN.

Du rôle de la rate dans les fièvres intermittentes. — M. Piorry lit un rapport sur un mémoire de M. Masurel, chirurgien aide-major au 22e régiment de ligne, ayant pour titre : *Des fièvres intermittentes miasmatiques ; de leur nature; nouvelle théorie de l'intermittence.*

Les accès fébriles ne sont pour l'auteur du mémoire que l'expression symptomatique d'un véritable état névropathique du système sanguin, le plus souvent dépressive de l'appareil respiratoire, affection nécessairement subordonnée à un état miasmatique du sang. C'est dans l'état des symptômes et non dans l'anatomie pathologique qu'il cherche à se rendre compte de la nature des affections dont il s'agit. Les ang attiré par le miasme, dit-il, modifie le système nerveux ganglionnaire, qui, à son tour, influe anormalement sur le sang. De là une relation réciproque de causes et d'effets, d'où résultent, soit une diminution dans l'énergie du cœur, soit des engorgements dans les vaisseaux, dans les poumons, dans la rate, dans les reins, etc., soit les troubles fonctionnels de la période algide. Les forces de l'économie se réveillent, d'où résulte le retour à l'action régulière des organes, et partant la chaleur, puis la

sueur. Il explique la périodicité, non par l'habitude, comme l'ont fait quelques auteurs, mais par l'évacuation d'une certaine proportion du poison, pendant la réaction, d'où le calme qui survient ensuite, et qui plus tard est de nouveau troublé par la portion de matière morbifique restée dans l'économie, et ainsi de suite jusqu'à son épuisement complet.

Le sulfate de quinine et le quinquina, suivant M. Masurel, agissent dans le traitement des fièvres d'accès, soit par leur propriété tonique, soit par une action sur le système nerveux ganglionnaire, dans lequel ils déterminent une action telle qu'il agit sur le sang en sens contraire de la matière morbifique, etc.

M. le rapporteur combat les idées de l'auteur et notamment l'hypothèse qui consiste à attribuer aux nerfs des vaisseaux le point de départ des fièvres d'accès, et conclut cette première partie de son rapport en disant que la théorie qui consiste à expliquer les fièvres d'accès et la périodicité par l'action des miasmes paludéens mélangés au sang, sur les nerfs des vaisseaux, toute ingénieuse qu'elle est, n'est pas suffisamment établie pour qu'elle soit admissible.

Dans la deuxième partie de son rapport, M. Piorry s'attache à combattre les objections que M. Masurel oppose à la théorie qui considère les plexus spléniques, la portion du système nerveux en rapport avec eux, et la rate elle-même, comme les points de départ des fièvres, et il termine ainsi :

En résumé, le mémoire de M. Masurel présente de l'intérêt, renferme des vues ingénieuses, et je vous propose de le déposer dans vos archives et d'adresser des remercîments à son auteur.

M. Bousquet demande à présenter, à cette occasion, quelques réflexions qu'il s'était proposé de faire lors de la discussion commencée sur ce sujet, il y a plusieurs mois, et qui fut interrompue.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées, et donne la parole à M. Bousquet, pour la discussion.

M. Bousquet s'exprime ainsi : La question à l'étude est de savoir quel est l'état de la rate dans les fièvres intermittentes, et de déterminer le rôle qu'elle y joue.

M. Piorry croit, avec M. Audouard, que la rate renferme en elle le principe de ces fièvres, de sorte apparemment que, si l'homme n'avait pas de rate, il n'en aurait pas les maladies et par conséquent la fièvre intermittente.

C'est lorsqu'elle est tuméfiée, engorgée et comme ecchymosée, que la rate produit les fièvres d'accès.

Je reprends, avec quelques additions, les difficultés que M, Rochoux a déjà présentées contre cette théorie.

L'homme le mieux portant, un voyageur, traverse aujourd'hui les marais Pontins ou d'autres marais, et le lendemain il est pris d'un accès de fièvre. Croit-on qu'avant l'accès cet homme eût la rate malade ? M. Piorry prétend qu'on ne peut pas le savoir, s'il n'y avait pas là un médecin pour palper et percuter. Si on ne peut pas le savoir, pourquoi le dit-il ? Mais on savait au moins qu'il se portait bien, et d'ordinaire les organes sont en bon état quand on se porte bien.

Et d'autre part, il y a des exemples nombreux de personnes qui portent des engorgements, même considérables, de la rate, sans tubercules ni cancer, et qui n'ont pas, qui n'ont jamais eu la fièvre intermittente.

Troisièmement, il y a des exemples de personnes qui, ayant eu la fièvre intermittente avec engorgement splénique, sont guéries de la fièvre en conservant la lésion de la rate. C'est en vue de ces cas que les médecins ont si longuement discuté pour savoir si c'était la fièvre qui causait cet engorgement, ou si c'était le quinquina.

Quatrièmement, la fièvre intermittente n'est pas la seule maladie susceptible de revenir périodiquement. Il est toute une classe de maladies, connue des anciens sous le nom de fièvres *larvées*, et qui sont dans les mêmes cas. Je demande si, dans ces maladies, la rate est malade.

Cinquièmement, les animaux ont une rate, et je ne sache pas qu'ils soient sujets aux fièvres intermittentes.

Au contraire, l'homme peut perdre la rate sans perdre l'aptitude aux fièvres intermittentes. (M. Bousquet rappelle ici l'histoire d'un sujet auquel on fit l'extirpation de la rate, et qui fut sujet plus tard aux fièvres intermittentes.)

On dit, continue M. Bousquet, que les fièvres intermittentes ont leur principe, leur origine, leur cause dans l'engorgement de la rate ; de telle sorte que, qui dit engorgement splénique dit fièvre d'accès et réciproquement. Cependant la rate est-elle engorgée dans tous les cas sans exception ? M. Piorry lui-même admet quelques exceptions. Il y a donc des fièvres sans engorgement splénique ; cet engorgement n'est donc pas nécessaire, et s'il n'est pas nécessaire, il peut être ou n'être pas, la maladie restant la même.

Mais lorsqu'il existe, cet engorgement ne s'est pas fait de lui-même ; si le sang afflue dans la rate, il faut nécessairement qu'il y soit attiré ou pressé. Dans l'une et dans l'autre hypothèse, il y a donc une cause intérieure et antérieure à la maladie de la rate, et c'est du reste ce que M. Piorry a très-bien compris. Selon lui, cette cause, c'est l'*intoxication du sang*. Il croit que les miasmes paludéens pénètrent avec l'air

dans les poumons, se mêlent au sang et vont se rendre dans la rate qui en serait comme le réceptacle.

Il y a là une supposition et peut-être deux suppositions, mais il n'y aura pas à dire que l'engorgement de la rate est lui-même un effet. Loin d'être en première ligne dans la constitution de la fièvre intermittente, il tient le milieu entre la cause qui le fait et la fièvre qui le suit ; en d'autres termes, la fièvre intermittente a deux causes dans l'organisme : la plus près, la plus voisine de la fièvre est bien l'engorgement splénique ; mais ce n'est pas là la principale ; la principale est antérieure et supérieure à l'engorgement ; c'est l'intoxication du sang, suivant M. Piorry, c'est une atteinte au système nerveux, suivant d'autres. Dans tous les cas, il n'est pas bien sûr que cette cause ne puisse produire la fièvre intermittente qu'à la condition d'enfler la rate ; il est plus probable qu'elle la produit aussi directement et sans intermédiaire, et il le faut bien, puisque, de l'aveu de M. Piorry, il y a des fièvres intermittentes sans lésion de la rate.

S'il y a des fièvres intermittentes sans lésion de la rate, c'est une question de savoir si, lorsque la rate est réellement malade, c'est elle qui fait la fièvre intermittente.

L'esprit ne découvre aucun rapport entre la lésion splénique et la fièvre d'accès ; il n'a pour se confirmer dans cette causalité que la répétition du phénomène ; or si ce phénomène lui manque, il n'a plus de point d'appui, et le moins qu'il puisse faire, c'est de douter.

M. Bousquet fait remarquer enfin que cette théorie laisse en dehors le caractère le plus essentiel de la fièvre intermittente, c'est-à-dire l'intermittence elle-même, la périodicité ! Or c'est à son sens ce qu'il y a de plus important à considérer. Sans la connaître, c'est contre elle que la thérapeutique dirige tous ces efforts ; car, à proprement parler, le quinquina ne guérit pas la fièvre intermittente, il ne peut rien ou presque rien contre l'accès présent ; il n'est tout puissant que contre l'accès à venir.

En signalant quelques lacunes dans la théorie des fièvres intermittentes, ajoute M. Bousquet, loin de moi la pensée de méconnaître les travaux de MM. Audouard et Piorry. On leur doit ce grand fait, l'engorgement de la rate dans toute une classe de maladies. A quelque titre que cet engorgement existe, qu'il soit là comme cause ou comme effet, ou comme simple accident, il forme un des signes les plus précieux pour le praticien. MM. Audouard et Piorry ont attaché tous deux leur nom au sujet qu'ils ont traité, et il est juste de les confondre dans les mêmes éloges et dans les mêmes sentiments de reconnaissance.

M. Piorry : Il n'est pas exact de dire que si un homme n'avait pas de

rate seulement, c'est le plexus nerveux splénique surtout qui est le siége de la fièvre intermittente.

La rate est-elle malade au premier accès, me demande-t-on ? Oui. Dans plus de trente cas de blessure, de coups ou de contusions sur la rate, dont j'ai été témoin, on ne pouvait pas mettre en doute que la lésion de la rate n'eût précédé la fièvre. J'ai vu plus de cinquante cas de fièvre intermittente dans lesquels la rate était tuméfiée au deuxième accès, or le volume de la rate était le même entre le premier et le deuxième accès qu'entre le deuxième et le troisième, le troisième et le quatrième.

On a tiré une fausse induction des faits empruntés à l'anatomie pathologique, en invoquant certains cas d'altérations organiques de la rate contre notre théorie. Il est évident que, lorsque le tissu de la rate est détruit ou transformé en tissu squirrheux ou tuberculeux, ce n'est plus une rate, et l'on voudrait qu'il résultât de ces désorganisations les mêmes symptômes que lorsque la rate a sa texture normale ?

On m'objecte encore la guérison des accès lorsque la rate reste grosse. Broussais n'a-t-il pas dit avec raison que des organes longtemps congestionnés ou enflammés finissaient, en quelque sorte, par se façonner à ce nouvel état et par fonctionner comme s'ils n'étaient point malades. C'est donc un tort de vouloir qu'une rate profondément et anciennement malade donne lieu aux mêmes symptômes que lorsqu'elle est récemment malade. Et, d'ailleurs, combien de fois n'arrive-t-il pas qu'on méconnaît l'existence d'une fièvre intermittente, parce que les accès ne se manifestent pas d'une manière complète et régulière.

On vient nous parler de fièvres larvées. Mais ce sont des idées d'un autre temps. Sans doute la rate n'est pas malade dans ces cas, mais ce ne sont pas là des fièvres, ce sont de simples névropathies.

Les animaux ont une rate, sans doute ; mais aussi tous les animaux qui vivent dans les marais ont-ils la rate grosse. Toute la différence qu'il y a, c'est que les symptômes de l'engorgement splénique ne sont pas les mêmes chez eux que chez l'homme.

On parle de fièvres sans la rate volumineuse. Mais qui le sait si la rate n'était pas volumineuse ? Et d'ailleurs, en admettant qu'elle ne le fût pas, sait-on si elle n'était pas douloureuse ?

M. Bousquet a parlé de la périodicité. Je n'ai jamais prétendu dire dans aucun de mes ouvrages que la périodicité fût rattachée à la rate. Quant aux types fébriles, j'en ignore la cause et je n'ai jamais cherché à la résoudre.

Enfin, on dit que le quinquina guérit la fièvre : il faudrait le prouver. Ce n'est qu'en passant par la rate que le quinquina guérit la fièvre. Tant que la rate reste grosse, la fièvre ne guérit pas ; dès que la rate

diminue de volume, la fièvre diminue aussi. Lorsque sous l'influence de l'administration de l'alcool de quinquina la rate diminue immédiatement de volume, on peut être assuré que la fièvre ne reviendra pas ; de sorte qu'on peut presque juger de ce qui arrivera par la manière dont se comporte la rate à l'égard de la quinine.

Il ne me reste qu'un mot à dire à l'égard de la question de priorité rappelée par M. Bousquet entre M. Audouard et moi. M. Audouard est le premier, il est vrai, qui ait parlé du rôle de la rate dans la fièvre intermittente ; mais celui-là seul découvre qui démontre, et c'est ce que je crois avoir fait.

SÉANCE DU 27 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU, VICE PRÉSIDENT.

Méningite tuberculeuse chez les adultes. — La première observation de M. Lévy se rapporte à un sujet âgé de 26 ans, chez qui l'affection tuberculeuse de la pie-mère était compliquée de ramollissement du cerveau, de tubercules dans les ganglions mésentériques et bronchiques, de pneumonie avec apoplexie pulmonaire, de péricardite tuberculeuse, etc.

Dans la deuxième observation, on trouve, en outre de l'affection tuberculeuse, de la méningite, un ramollissement du cerveau, des tubercules dans les poumons, les reins, le foie et plusieurs autres organes.

La troisième observation offre l'exemple d'une méningite tuberculeuse développée à la suite d'une rougeole accompagnée de pleurésie chronique, précédée sans doute elle-même de tubercules nombreux dans les poumons et d'une tuberculisation générale.

A la vérité, on ne voit pas, dans cette observation, les graves altérations du tissu propre de l'encéphale qui existaient dans les deux autres. Mais la rougeole et les autres maladies qui avaient accompagné, précédé ou suivi la méningite tuberculeuse, ne permettaient guère de démêler, au milieu de leurs nombreux symptômes, ceux auxquels on aurait pu reconnaitre cette dernière maladie. Évidemment des milliers d'observations, pareilles aux trois que nous venons de vous faire connaître ne sauraient avancer en rien le diagnostic ; elles n'ont de valeur que sous le rapport de l'anatomie pathologique pure. Par ce motif, et ausi comme pièce à l'appui du jugement porté par votre commission, nous vous proposerons le dépôt, dans vos archives, du mémoire de M. Lévy, et d'adresser des remercîments à l'auteur.

Les conclusions du rapport sont de déposer ce mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

SÉANCE DU 4 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Mort causée par l'inhalation du chloroforme. — M. Gorré, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne, adresse une observation d'un cas de mort causée par l'inhalation du chloroforme.

Vu l'importance de ce fait, M. le secrétaire perpétuel donne lecture des principaux détails de cette observation.

Il s'agit d'une demoiselle d'une trentaine d'années, qui devait subir une opération très-simple (incision d'un foyer purulent entretenu par un corps étranger accidentellement introduit sous la peau). Tout étant disposé pour cette opération, M. Gorré plaça sous les narines de la malade un mouchoir sur lequel avaient été jetées 15 à 20 gouttes au plus de chloroforme. A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations, qu'elle s'écria d'une voix plaintive : *J'étouffe* ! que son visage pâlit, ses traits s'altérèrent, sa respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvres; à l'instant même le mouchoir fut retiré et l'opération pratiquée. Durant le temps infiniment court que prit cette petite opération, l'un des chirurgiens assistants chercha par tous les moyens à remédier à cette annihilation imminente de la vie. Pendant plus de deux heures, M. Gorré et ses assistants mirent en œuvre tout ce qu'il est possible de faire en pareil cas, sans aucun succès. La mort, qu'ils s'obstinaient à ne croire qu'apparente, était réelle ; elle avait été si prompte, que déjà sans doute elle était complète au moment où fut pratiquée l'incision.

L'auteur, pour donner une idée de l'instantanéité foudroyante avec laquelle la mort s'est produite, la compare à la mort due à l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

Les détails de l'examen nécroscopique rendent compte de cette analogie, dont l'idée s'est présentée à l'esprit de l'auteur. En effet, on constata à l'autopsie la présence d'une notable quantité d'air dans les veines, en particulier dans celles du cerveau et de la base du crâne, dans les veines pulmonaires et hépathiques, la veine crurale, etc. Le sang était remarquablement noir et très-fluide ; l'auteur le compare, pour la couleur, à l'encre.

M. Gorré est porté à penser que ce fait est un de ces cas de pneumatoses à joindre à ceux que plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, ont rapportés. Dans ce cas, il lui paraît que la rapidité de la mort est due à une cause complexe, à savoir : 1° à l'action délétère spéciale du chloroforme sur le cerveau, qui a entraîné comme conséquence immédiate l'abolition des fonctions sensoriales ; 2° à un développement spontané de fluide aériforme dans le système circulatoire, résultat probable du mode d'action encore inexpliqué qu'exercent les éthers sur le sang dans des circonstances données.

Quoi qu'il en soit, ce qui ressort de ce fait, ajoute M. Gorré, et d'un

fait analogue rapporté par la *Lancette anglaise*, c'est que le chloroforme, dans certains états de l'organisme, donne la mort avec une rapidité foudroyante ; c'est que même, dans des mains expérimentées, l'application de cet agent n'a pas de sauvegarde assurée contre ces conséquences malheureuses ; c'est enfin que les dangers signalés par MM. Bouisson et Sédillot ne sont que trop réels, et qu'en présence de ce danger, il serait de la plus haute imprudence de se servir du chloroforme, comme cela se fait aujourd'hui pour des opérations insignifiantes.

M. Velpeau : La communication qui vient de nous être faite a une très-grande importance, et elle peut entraîner à des conséquences très-sérieuses ; il est donc utile de ne pas la laisser passer sans l'examiner. Il y a à considérer ici deux choses, le fait en lui-même et ses conséquences. Le fait est très-étrange ; il est inouï. 15 à 20 gouttes de chloroforme versées sur un mouchoir et placées sous le nez d'une personne assez bien portante, qui produisent instantanément la mort, cela est contraire à tout ce qui a été observé jusqu'ici, soit sur l'homme soit sur les animaux. Il n'est aucun de nous qui n'emploie journellement le chloroforme, non pas à la dose de 15 à 20 gouttes, mais à 5, 6, 8 et 10 grammes, sans qu'il en soit résulté jamais le moindre accident. Dans quelques cas on a pu avoir à craindre des accidents, c'est lorsqu'il a fallu prolonger l'état d'insensibilité au delà du terme ordinaire ; encore cela se fait-il sans danger réel si l'on a la précaution de suspendre l'inhalation et de la faire alterner à plusieurs reprises avec quelques inspirations d'air pur. En procédant de cette manière, j'ai pu prolonger l'insensibilité, sans le moindre inconvénient pendant 15, 20 minutes et plus. Mes collègues en pourront dire autant ; à Paris seulement nous possédons maintenant des milliers d'observations ; car depuis un an environ il n'a pas été fait une seule opération dans les hôpitaux sans chloroforme. Et ce que je dis pour Paris, on peut le dire pour la France et pour l'Europe entière. Partout le chloroforme a été employé et l'est tous les jours sans accident, à l'exception de deux ou trois faits peut-être qui demandent à être scrupuleusement examinés avant d'être admis comme authentiques ; encore dans ces cas les accidents ont-ils été produits plutôt par les moyens employés pour faire revenir les malades de l'insensibilité, que par le chloroforme lui-même. Dans un cas, par exemple, la mort fut le résultat de l'introduction d'un liquide dans la trachée. Je le répète ; il n'y a rien dans nos observations, ni dans les expériences faites sur les animaux, qui puisse être comparé au fait que rapporte M. Gorré, de sorte qu'il y a à se demander si la mort, dans ce cas, est bien réellement le fait du chloroforme ; pour moi, c'est extrêmement douteux. Ne serait-ce pas plutôt un de ces cas extraordinaires

et inexplicables où la mort survient instantanément sans cause connue, à l'occasion des opérations les plus insignifiantes ?

Voilà pour le fait ; voyons maintenant les explications.

M. Gorré paraît croire que la malade a succombé à une syncope, et il se demande si l'introduction accidentelle de l'air dans les veines n'en serait pas la cause. Cela ne me paraît pas probable. La mort paraît avoir eu lieu avant même l'opération ; d'ailleurs aucun vaisseau de quelque importance n'a été atteint dans cette opération. D'un autre côté l'ouverture du corps a été faite vingt-quatre heures après la mort et dans une saison déjà chaude (au mois de mai dernier). La présence de l'air dans le système circulatoire ne serait-elle pas tout simplement le résultat de la putréfaction ?

D'après M. Gorré, il ne faudrait plus employer le chloroforme dans les petites opérations. Je ne puis admettre cette proposition. De deux choses l'une : ou le chloroforme a été réellement la cause de la mort ou il y a été étranger. Dans ce dernier cas, et c'est ce que je suis disposé à croire, le fait reste entièrement sans valeur pour la question qui nous occupe. Si la mort est réellement le résultat du chloroforme, c'est un fait trop exceptionnel et trop contraire à tout ce que nous avons vu et à ce que nous voyons tous les jours, pour qu'il puisse infirmer le moins du monde les résultats de l'expérience. Je pense en résumé que ce fait, auquel je ne croirais pas sans la véracité bien connue du chirurgien qui nous le communique, ne doit rien faire changer au mode d'emploi actuel du chloroforme.

M. Moreau : M. Robert a eu dernièrement la douleur de perdre un malade auquel il pratiquait l'amputation de la cuisse, par l'emploi du chloroforme. Il se propose de communiquer lui-même à l'Académie l'observation circonstanciée de ce fait malheureux.

M. Honoré : Le fait en discussion m'en rappelle un qui n'est pas moins extraordinaire et auquel le chloroforme est tout à fait étranger. Il y a quelques années, un homme de 60 ans, fort, replet et bien constitué, fit appeler M. Civiale pour un calcul de la vessie. Cet homme était très-sensible et très-méticuleux. M. Civiale le sonda en ma présence ; chacun sait avec quelle dextérité et quels ménagements il pratique cette opération. A peine le cathéter avait-il pénétré dans la vessie que la respiration s'embarrassa ; j'ouvris immédiatement la veine : il ne s'en écoula que quelques gouttes de sang ; je pris un charbon ardent que j'approchai de la peau ; rien ne le ranima, il était mort.

M. Roux : Je pense comme M. Velpeau à l'égard du fait de M. Gorré ; les doutes qu'il a exprimés sur la cause de la mort me paraissent très-fondés. Si le fait était tel que M. Gorré le rapporte, il faudrait renoncer au chloroforme pour toutes les opérations. Je me demandrai si le pro-

cédé auquel ce chirurgien a eu recours ne serait pas pour quelque chose dans la production de l'accident. Il arrive presque toujours lorsqu'on se sert d'un mouchoir qu'il y a privation d'air, ce qui n'a jamais lieu avec les appareils. Mais ne se pourait-il pas que ce fût là un nouvel exemple de mort instantanée produite par l'introduction de l'air dans les veines, non pas par le fait de l'opération, mais peut-être bien par suite du procédé d'inhalation. Qui sait si, dans les efforts inspiratoires sollicités par un commencement d'asphyxie, il ne se serait pas fait quelque rupture du poumon, et par suite introduction de l'air dans les gros vaisseaux? Rappelez-vous que, lors de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines, il a été établi que l'air pouvait pénétrer dans le torrent circulatoire par d'autres voies que par des ouvertures de veines. J'ai présent à la mémoire le fait suivant que j'ai observé avec Bichat. En ouvrant le crâne d'un homme mort subitement et sans cause appréciable, Bichat trouva une très-grande quantité d'air dans les veines du cerveau et des parties supérieures du tronc. En allant à la source, on apprit que cet homme, cordonnier de son état, était mort instantanément au moment où il faisait un grand effort pour dégager son fil. Je ne serais pas éloigné de croire jusqu'à démonstration du contraire, qu'il y a eu dans le cas de M. Gorré, comme dans celui de Bichat, une rupture du poumon pendant un grand effort d'inspiration, et par suite pénétration d'air dans les voies circulatoires. J'admets le fait de M. Gorré, chirurgien très-honorable et en qui j'ai une entière confiance, comme très-authentique, mais je crois avec M. Velpeau qu'il faut lui donner une autre signification.

M. Dupuy pense comme MM. Roux et Velpeau que le chloroforme est étranger à la mort dans le cas dont il s'agit ; se fondant sur des faits observés sur des animaux, il attribue la mort, soit à l'introduction de l'air dans les veines, soit à l'occlusion momentanée de la glotte.

M. Baillarger : Je crois devoir rappeler à l'Académie qu'il existe des individus chez lesquels le chloroforme ainsi que l'éther sont loin d'être innocents ; ce sont les sujets atteints d'affections convulsives. Tout le monde connaît les observations qu'a faites M. Moreau sur les sujets épileptiques ; l'influence de l'éther sur ces sujets est si bien connue maintenant qu'un chirurgien militaire a proposé de recourir à ce moyen pour distinguer l'épilepsie simulée d'avec la véritable épilepsie. Si j'ai bien entendu la relation de M. Gorré, la malade aurait eu, au moment de sa mort, de l'écume à la bouche. Or je me demande si l'on ne serait pas jusqu'à un certain point fondé à croire que cette malade a succombé à un accès d'épilepsie syncopale. Dans tous les cas, il me paraît qu'il serait utile de s'informer avant d'opérer si les malades sont sujets ou non aux affections convulsives.

M. Bussy : Ne pourrait-on pas se demander si l'accident ne tiendrait pas à la nature même du chloroforme qui n'aurait peut-être pas été parfaitement pur ? Je regrette qu'on n'en ait pas envoyé un échantillon à l'Académie pour s'assurer de la composition.

Un Membre fait observer que le chloroforme dont s'est servi M. Gorré est sorti de l'officine de M. Quesneville, et que c'est le même dont on se sert dans la plupart des hôpitaux de Paris.

M. Gibert : L'explication de M. Gorré n'est qu'une hypothèse. L'explication la plus probable de cet accident, à mon avis, est celle qu'a donnée M. Roux, c'est qu'il y aura eu une rupture d'une portion plus ou moins étendue des poumons, et consécutivement pénétration de l'air dans les veines.

J'ai entendu dire qu'il y avait du danger à employer le chloroforme comme l'a fait M. Gorré, et qu'il y avait avantage à faire usage des appareils. Je suis porté à croire tout le contraire : si l'on a observé des effets inconstants et inégaux dans l'action du chloroforme, c'est à la manière irrégulière dont les appareils fonctionnent qu'il le faut attribuer. Rien de semblable n'a lieu au contraire lorsqu'on se sert du moyen tout simple et tout vulgaire du linge ou de l'éponge ; et il n'est pas vrai de dire que ce mode d'emploi détermine l'asphyxie. Cela pourrait être si l'on bouchait le nez avec l'éponge ou avec le mouchoir ; mais chacun sait qu'il suffit de maintenir le récipient de la substance anesthésiante à proximité des narines. La respiration se fait ainsi très-librement.

M. Velpeau est bien persuadé qu'on peut aspirer le chloroforme avec tous les appareils, mais il préfère l'éponge. Comme vient de le dire M. Gibert, il n'est pas nécessaire de mettre l'éponge sur le nez, on la maintient à distance, et d'ailleurs l'air passe très-bien à travers les pores de l'éponge. M. Roux s'exagère évidemment les inconvénients de ce moyen.

M. Piorry a vu, comme M. Baillarger, que le chloroforme et l'éther, loin de calmer les maladies nerveuses, déterminaient au contraire des attaques épouvantables d'hystérie chez les femmes en proie à cette affection. Il pense que cet agent ne doit être employé en pareil cas qu'avec une extrême circonspection.

Quant à ce qui concerne l'introduction de l'air dans les veines, M. Piorry pense qu'elle peut avoir lieu autrement que par une plaie. Les expériences de M. Piedagnel sur l'emphysème prouvent qu'une simple insufflation d'air dans les poumons des lapins, suffit pour déterminer chez ces animaux une mort très-rapide, et dans quelques cas même instantanée. Il se demande s'il n'en serait pas de même chez l'homme.

M. Amussat préfère les appareils à l'éponge. Les appareils, suivant lui, offrent moins de danger. Du reste, il est d'avis que, de quelque procédé que l'on se serve, il ne faut pas abuser du chloroforme ; il recommande surtout, pour prévenir tout accident, de suspendre fréquemment l'inhalation en la faisant alterner avec une inspiration d'air pur. Pour son compte, il déclare être très-effrayé toutes les fois qu'il ne voit pas les malades revenir promptement à eux.

Quant au fait de M. Gorré, il est porté à penser, comme l'ont exprimé plusieurs membres, que la mort a été déterminée par une rupture des poumons et l'introduction de l'air dans les veines.

M. Castel s'efforce de démontrer qu'on ne meurt point d'une syncope, mais bien de la cause qui a donné lieu à la syncope.

M. Royer-Collard : On a fait allusion, dans cette discussion, à une observation de Dupuytren. J'étais alors élève de Dupuytren, j'ai été témoin du fait dont il s'agit et je déclare que tout ce qui a été dit de ce fait est un pur roman. La malade en question eut d'abord une syncope qui ne tarda pas à se dissiper, puis vint une seconde syncope qui se termina par la mort ; mais il n'est nullement vrai que Dupuytren ait dit avoir entendu un bruit particulier, qu'il l'ait attribué, comme on l'a répété depuis partout, à l'introduction de l'air dans les veines. Le fait et les paroles qu'on a attribués à Dupuytren dans cette circonstance, tout est controuvé.

M. Amussat : Qu'en concluez-vous ?

M. Royer-Collard : Je n'en conclus rien contre la théorie ; je rectifie seulement un fait.

M. Roux : Je ferai remarquer qu'à cette époque on était dans une ignorance absolue du phénomène dont il s'agit.

La discussion est close.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la rate et les fièvres intermittentes.

Rôle de la rate dans la fièvre intermittente. — M. Rochoux : Messieurs, la question qu'il faut résoudre avant de songer à aucune autre n'est pas de savoir si la rate se gonfle dans les fièvres intermittentes, tout le monde est depuis longtemps d'accord à cet égard, mais bien de déterminer si le gonflement splénique est la cause ou l'effet des accès fébriles. Ne voulant pas perdre un seul instant de vue la solution de cet important problème, je garderai un silence à peu près complet sur les brillantes, sur les lucides digressions au moyen desquelles notre savant collègue a jusqu'à présent plutôt éludé que refuté les objections élevées contre sa théorie, et m'attacherai surtout à reproduire brièvement la portion fondamentale de ces objections sans m'occuper autrement du mémoire de M. Masurel.

Les découvertes de Malpighi, confirmées par les anatomistes et les micrographes les plus habiles de nos jours, nous montrent la rate composée d'un véritable tissu érectile, et placent cet organe parmi ceux que leur nature destine à éprouver des alternatives de glonflement et de resserrement plus ou moins considérables. Les expériences dans lesquelles M. Magendie a vu, chez les animaux, la rate se gonfler presque instantanément par une abondante injection d'eau dans les veines, et diminuer plus rapidement encore, se crisper, se recoquiller, quand il la saupoudrait de strychnine ou de sel marin, ne laissent aucun doute à cet égard. En outre, son ablation sur l'homme et les animaux, ne donnant lieu à aucun dérangement appréciable de la santé, nous prouve qu'elle remplit ses fonctions à la sourdine, à la manière de la glande thyroïde, du thymus et des capsules surrénales. En pareil état de choses n'y aurait-il pas de la témérité à supposer, que, dans l'état pathologique, la rate fût susceptible d'émouvoir, de bouleverser l'économie tout entière ; cependant si l'observation démontrait la réalité du fait, il faudrait bien l'admettre. Voyons s'il en est ainsi.

Un de nos confrères est affecté depuis longues années d'un énorme gonflement de la rate, sans jamais avoir éprouvé le plus petit accès de fièvre intermittente. Or les exemples de ce genre sont assurément beaucoup plus nombreux que ceux dans lesquels M. Piorry a vu des coups portés sur la rate être suivis de fièvre d'accès. Balancées avec les autres, ses observations conduisent tout simplement à conclure, non pas que les affections traumatiques de la rate donnent la fièvre intermittente, mais qu'elles n'en mettent pas à l'abri.

On a vu, répéterai-je encore, des milliers d'individus, jusque-là bien portants, être atteints de fièvre d'accès pour avoir passé une seule nuit dans les marais Pontins ou à Rochefort. Fréquemment les créoles, qui, aux Antilles, vont chasser les oiseaux de passage dans les palétuviers, sont pris de fièvres intermittentes ordinairement très-graves. Évidemment la plupart de ces sujets avaient, avant de s'exposer à l'action du miasme *fibrifère*, la rate en bon état. Veut-on la supposer malade, on se place dans l'impossibilité de pouvoir dire pourquoi la splénopathie attend pour produire le mouvement fébrile d'y être sollicitée par l'action du miasme. Enfin, les fièvres larvées, quoique ne dépendant pas pour l'ordinaire d'une influence miasmatique, n'en présentent pas moins les deux caractères les plus importants des fièvres d'accès, savoir l'intermittence périodique et la curabilité par le quinquina. Sous ce rapport, elles concourent à prouver que la périodicité fébrile est indépendante de l'affection de la rate.

Aux yeux de notre savant collègue, ces faits, et partant la conclusion qui en découle, sont néanmoins à peu près sans valeur. Mais n'ayant rien

à répliquer aux faits appuyés sur des mensurations plessimétriques invoquées par M. Bouillaud, force lui est bien d'avouer que quelquefois la fièvre intermittente s'observe sans qu'il y ait gonflement de la rate. Il ne m'en faut pas davantage pour pouvoir en conclure que ce gonflement n'est pas la cause de la fièvre ; car s'il était arrivé une seule fois, depuis cinq mille ans, qu'un homme y vît encore clair après avoir eu les yeux crevés, on serait parfaitement fondé à dire que l'œil n'est pas l'organe de la vision. Aussi pour ceux qui, en médecine comme en physique, n'admettent ni exception, ni faits négatifs, l'aveu de M. Piorry porte-t-il à sa théorie un coup dont elle aura bien de la peine à se relever.

Malgré cela, il croit pouvoir en assurer le triomphe, à l'aide d'une trentaine d'observations dont il se porte garant. Mais on peut lui en opposer bien davantage, et si, comme le disait Frédérick, la victoire se tourne toujours du côté des gros bataillons, la cause à laquelle je me suis rallié ne paraît pas avoir beaucoup à craindre. En effet, sans parler des faits recueillis dans les Antilles, qui n'ont pas précisément obtenu l'approbation de M. Piorry, il serait facile sans sortir de l'Europe, peut-être même de France, de recueillir annuellement plus de mille cas de fièvres intermittentes, coupées par le quinquina, malgré la persistance d'un gonflement plus ou moins considérable de la rate, et cela avec autant de facilité que quand cet organe ne dépasse que de quelques centimètres le rebord des fausses côtes. Évidemment un mal qui cède, lorsque la cause dont on le fait dépendre n'a rien perdu de sa puissance appréciable, ne procède pas de cette cause ; toutefois j'en prendrai occasion de répondre à une de ces digressions signalées en commençant.

L'ingénieux inventeur de la percussion médiate a reproduit à plusieurs reprises, et avec beaucoup d'insistance, de nombreuses observations plessimétriques, à l'appui de sa manière de voir, ajoutant avec vérité qu'il me serait impossible de lui en opposer de semblables. A quoi bon m'en mettre en quête si, comme vous allez en être convaincus, la plessimétrie n'a rien à voir dans ce débat ? Par exemple, quand, au jeu du petit palet, deux pièces paraissent à distances si égales du but, que l'œil ne saurait dire laquelle en est le plus près, on mesure ; mais quand la différence est très-considérable et saute aux yeux de tout le monde, on ne mesure pas. De même, lorsque chez un sujet dont la rate descend jusque dans la fosse iliaque, on voit le quinquina couper immédiatement la fièvre, l'organe malade conservant son volume, on n'a pas besoin du plessimètre pour constater le fait. Or ceux sur lesquels je m'appuie particulièrement sont tous de ce genre. J'ai donc pu, sans recourir au plessimètre, répéter, après Torti et Sénac, avoir vu le gonflement de la rate être d'autant plus considérable que la fièvre

avait duré plus longtemps, et ce gonflement diminuer beaucoup et même se dissiper entièrement lorsque la fièvre était méthodiquement traitée, guérie et prévenue dans ses récidives par le quinquina. Comment, en présence du nombre immense de faits semblables, à chaque instant renouvelés, pourrait-on ne pas reconnaître, avec presque tous les médecins de l'armée d'Afrique, que le gonflement de la rate est consécutif à la fièvre intermittente?

A l'exemple d'Alibert qui se vante d'avoir prouvé, dans son insignifiante monographie des fièvres pernicieuses, que la fièvre intermittente est une névrose, M. Piorry accorde avec raison au système nerveux un grand rôle dans la production de cette fièvre. Voyons donc ce qu'il peut être, en nous aidant, à ce sujet, des notions les plus élémentaires sur l'organisation du système nerveux.

Le grand sympathique communique largement avec les principales parties de l'encéphale, il communique avec tous les points de la moelle allongée et de la moelle épinière qui fournissent les nerfs de la vie animale ; il accompagne toutes les artères jusqu'à leurs divisions ultimes, de sorte qu'il n'est pas un point du corps qui ne reçoive tout à la fois des nerfs des deux vies. Tantôt les nerfs de la vie de relation dominent, tantôt ce sont ceux de la vie animale ; d'autres fois il semble y avoir à peu près égalité entre les uns et les autres. En somme, il en résulte, pour l'individu humain, un tout parfaitement lié. Dès lors l'action supposée de la rate sur les plexus nerveux et de ceux-ci sur le reste de l'économie est destinée à partager le sort de l'hypothèse des sympathies, si brillamment créée par Bichat, et à être remplacée, comme elle, par le fait bien avéré d'une action nerveuse toujours directe et souvent même locale.

Par exemple, aussitôt son absorption par les organes respiratoires, le miasme paludéen passe évidemment dans le sang, puis pénètre avec lui dans tous les organes, tous les tissus, toutes les molécules, où ce liquide arrive, en un mot exerce par toute l'économie une action directe. En pareille circonstance, on n'est pas plus fondé à admettre, pour expliquer les accès fébriles, l'action des plexus spléniques ou une névropathie quelconque, qu'un médecin très-haut placé à attribuer l'ivresse à l'action sympathique des nerfs de l'estomac sur le cerveau, quand bien évidemment elle résulte de l'effet produit sur lui comme sur le reste du corps par le principe alcoolique porté dans le sang.

Cependant, tout en agissant d'une manière générale, le miasme producteur de la fièvre n'en reste pas moins susceptible d'affecter spécialement certains organes. Aux yeux de MM. Andouard et Piorry, il frappe surtout la rate ; pour Senac, c'est le foie, et les raisons fondées sur les symptômes indiquant la souffrance de l'appareil biliaire, jointes aux

données de l'anatomie pathologique qu'il invoque à l'appui de cette manière de voir, sont de nature à lui donner beaucoup de vraisemblance. Au reste, dès l'instant où l'action moléculaire du miasme est bien démontrée, tout le reste a peu d'importance théorique. Sans m'arrêter davantage à des questions secondaires, je hasarderai une courte réflexion sur l'action curative du sulfate de quinine, dont on s'est un peu occupé dans la discussion actuelle, et beaucoup trop en dehors de cette enceinte.

Oubliant cette importante donnée de chimie, savoir que toute action intime nous échappe dans son comment et n'est connue que par le fait, que, par exemple, tout le monde sait parfaitement que l'acide sulfurique, versé sur du marbre, chasse l'acide carbonique et s'empare de la chaux, sans savoir le moins du monde comment cela s'opère, on voit nos modernes explicateurs de l'action des médicaments se perdre au milieu de longues ét impénétrables digressions, pour apprendre comment le sulfate de quinine, le sublimé, la strychnine, etc., agissent sur l'économie ou sur le sang. Esprits naïfs, pleins de foi en eux-mêmes, croyant sans aucun doute voir clair au milieu des plus épaisses ténèbres, et incapables de comprendre que leurs prétendues explications sont bien loin de valoir la savante réponse à la fameuse question :

Quare opium facit dormire ?

Car si elle n'explique guère, elle a au moins le mérite d'être brève et facile à comprendre. Contentons-nous donc de leur dire : Investigateurs infatigables, esprits vraiment sérieux, vous perdez votre temps et les efforts de votre haute intelligence à vouloir pénétrer l'action intime des médicaments ; elle vous restera toujours inconnue, celle du sulfate de quinine comme toute autre. Ce remède est efficace comme le miasme paludéen est nuisible, en agissant sur chaque molécule vivante. Le fait seul a pour nous une véritable importance, et constitue une acquisition scientifique ; le comment est impénétrable, et ne doit pas même être cherché.

Cela posé, encore une toute petite réflexion pour la dernière. M. Piorry, s'est élevé plusieurs fois contre les assertions générales, qui, à ses yeux sont toujours vagues et sans précision, disant vouloir s'en tenir uniquement aux faits particuliers, seuls susceptibles d'exactitude. Un pareil langage, dans la bouche d'un professeur, est presque un blasphème ; car si les observations particulières, appelées par Bacon *silva silvorum* sont le fondement de la science, elles ne sont pas la science elle-même. Celle-ci, comme on peut le voir dans Newton, n'est réellement constituée que quand, au moyen d'un nombre suffisant de faits de détail, on est parvenu à s'élever à une proposition d'un énoncé assez général pour renfermer tout ce que ces faits ont de commun, et rendre raison de tous

les phénomènes analogues. Chaque proposition de ce genre résume des milliers de faits de détails, n'occupe pas plus de place dans la mémoire que le moins important d'entre eux : par exemple, dans la discussion actuelle, quiconque a présentes à l'esprit les dispositions d'ensemble du système nerveux, et sait avec quelle promptitude les substances délétères répandues dans l'atmosphère sont absorbées par le poumon et portées avec le sang sur tous les points de l'économie, n'hésite pas à remplacer des centaines de volumes d'explications théoriques par cette modeste proposition : *La fièvre intermittente est un empoisonnnement miasmatique dans lequel le retour périodique des symptômes, jusqu'à présent inexplicable, ne peut en aucune manière être rapporté au gonflement de la rate.*

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

29. *Sur la pathologie du cerveau*; par le docteur Boyd.

(The Edinburgh medical and surgical Journal.)

Ce travail contient un grand nombre d'observations relatives au ramollissement, à l'hémorrhagie, aux tumeurs et à quelques autres affections du cerveau. Nous ne nous occuperons que de celles qui concernent le ramollissement et l'hémorrhagie.

L'auteur n'entre dans aucune discussion sur les questions graves qui se rattachent soit à la nature, soit au diagnostic, soit à la curabilité du ramollissement cérébral. Les quelques notions qu'il emprunte sur ces divers points aux auteurs français sont trop connues pour qu'il soit utile de les rappeler ici. Nous nous bornerons donc à exposer avec quelques remarques le résumé des observations très-succinctement rapportées dans ce travail.

Sur 17 cas de ramollissement, 9 appartenaient au sexe masculin et 8 au sexe féminin. Les sujets de la première catégorie avaient de 43 à 70 ans, et ceux de la seconde de 63 à 98. Le ramollissement occupait six fois l'hémisphère droit du cerveau, quatre fois l'hémisphère gauche, une fois le corps strié et la couche optique du côté droit, une fois les parties centrales, deux fois le cervelet et deux fois la masse entière du cerveau. En outre, dans un cas, en même temps que le cerveau était ramolli,

il existait, suivant l'auteur, une gangrène du cervelet. On peut en douter ; car voici tout ce que contient à ce sujet l'observation : « La face inférieure du cervelet était verdâtre et répandait une odeur putride. » L'autopsie avait été faite 41 heures après la mort, on ne dit pas dans quelle saison, et il y a lieu de croire qu'il s'agissait simplement ici d'un commencement de putréfaction cadavérique. L'une des observations contient un exemple de ratatinement, d'atrophie, d'absorptions partielles de la substance grise ; il existait une paralysie chronique des extrémités avec roideur continue. Sur les 17 cas relatés, la contracture n'a été notée que quatre fois ; mais nous ne doutons pas que l'observation sur ce point n'ait été un peu superficielle. Si la contracture manque dans le ramollissement cérébral, ce n'est pas dans une aussi forte proportion. Cinq fois on a observé de véritables convulsions, et, dans l'un de ces cas, elles avaient succédé à un coup sur la tête. L'intelligence était quelquefois affectée, mais pas constamment. Ce n'est aussi que dans quelques cas que l'affection avait été précédée de céphalalgie.

Ces données, comme on voit, n'ajoutent pas beaucoup à l'état actuel de la science sur la question du ramollissement cérébral. Les observations, comme nous l'avons dit, sont excessivement écourtées. En outre, l'auteur ne fait aucun effort pour les faire servir telles qu'elles sont à l'étude des conditions diverses auxquelles doivent se rapporter les diverses formes symptomatologiques de la maladie, non plus qu'à la détermination de sa nature. Il est fâcheux qu'un nombre assez considérable d'observations, concernant une affection qui est encore le sujet de beaucoup de controverses, se trouve ainsi à peu près perdu pour la science.

Nous allons voir qu'il en est à peu près de même des faits relatifs à l'hémorrhagie cérébrale.

Chez sept malades, dont deux hommes et une femme, la mort eut lieu subitement. Cette proportion, sur un total de vingt-sept morts, est considérable, et nous la croyons fort exagérée. La mort subite, comme effet d'une hémorrhagie cérébrale, est chose extrêmement rare ; il est à penser que l'auteur ne donne pas au mot *mort subite* une expression rigoureuse, et que les sujets auxquels il s'applique avaient au moins vécu quelques heures. Deux hommes et deux femmes vécurent un jour ; une femme deux jours ; une autre trois ; un homme et trois femmes, de six à huit jours ; deux femmes, quatorze jours ; un homme, quatre semaines ; une femme, six semaines et deux femmes, sept semaines. Dans quatre cas, la durée de la maladie ne fut pas déterminée. L'au-

teur explique la grande proportion des morts rapides chez les hommes par cette circonstance que, chez eux, constamment il a trouvé le cœur très-développé. Chez les malades du sexe féminin, le cœur était également plus développé que de coutume, mais à un degré moins considérable.

Dans un cas, un caillot pesant 8 onces recouvrait la surface des deux hémisphères; le *foramen magnum* était plus petit que de coutume, et le cerveau paraissait très-volumineux. Dans trois autres cas, le sang était épanché à la convexité ou à la base du cerveau. Une fois le sang occupait les deux ventricules latéraux, et une autre fois les troisième et quatrième ventricules.

L'hémorrhagie avait eu lieu onze fois dans l'hémisphère droit, (trois fois dans le ventricule droit, cinq fois dans la substance cérébrale, trois fois dans le tissu cérébral lui-même.)

Elle avait eu lieu six fois dans l'hémisphère gauche (deux fois dans le corps strié, et quatre fois dans le tissu cellulaire lui-même).

Le caillot occupait le lobe gauche du cervelet dans deux cas, le lobe droit dans un cas et le pont de Varole dans un cas.

30. *Cinq cas de névralgie traités par le chloroforme;* par F. Sibsou, chirurgien résidant de l'hôpital général près de Nottingham.
(London médical Gazette.)

Obs. I. — R. Buddon, âgé de 21 ans, boucher, se plaint de douleurs erratiques au-dessus de l'orbite droit, à la tempe et à la région malaire du même côté. Cette douleur dure depuis douze jours. En général il a cette douleur tous les hivers : il l'attribue au froid. La douleur qui est violente commence vers 8 heures du matin et cesse vers 6 heures du soir.

Le 11 février 1848, je le soumis à l'inhalation du chloroforme. A peine avait-il fait 9 ou 10 inspirations, qu'il indiqua qu'il ne souffrait plus. L'inhalation fut arrêtée aussitôt. Le malade éprouva une espèce de syncope : il demeura faible et abattu pendant près d'une heure, et fut somnolent jusqu'au soir. Il n'a plus eu de réapparition de la douleur et se trouve très-bien.

Obs. II. — J. Fox, âgée de 34 ans, était depuis plusieurs années, sujette à de fréquentes attaques de névralgie sus-orbitaire très-intense, siégeant du côté droit. La douleur est en ce moment extrêmement forte. La malade fut soumise le 24 février 1848 à l'inhalation du chloroforme : au bout de 17 secondes, elle parut s'endormir, mais en conservant sa connaissance. La douleur avait disparu : il n'y a plus eu d'accès depuis lors.

Obs. III. — Mme Roger, âgée de 23 ans, souffre depuis deux

jours de douleurs lancinantes dans la joue gauche, et au-dessus du sourcil du même côté. Le 8 février 1848, j'employai un demi-gros de chloroforme. Au bout de 40 secondes le sommeil était produit : il dura une minute 20 secondes. En reprenant connaissance, la patiente assura ne plus souffrir : mais bientôt il revint quelques légères douleurs, qu'une aspiration ou deux du chloroforme suffit à dissiper. — Le 11 , la douleur de la joue n'a pas reparu, mais celle du front est revenue très-intense. Dans l'après-midi elle s'est dissipée pour ne plus reparaître.

Obs. IV. — A. Bennett, âgée de 22 ans, avait depuis une semaine des douleurs lancinantes dans un côté de la figure. Une inhalation de 3 minutes avec le chloroforme fit disparaître la douleur. Il n'y eut pas perte complète de connaissance, mais ensuite la malade éprouva du malaise, des nausées et fut obligée de se coucher. Ces symptômes durèrent toute la matinée, et dans l'après-midi, lorsque la malade retourna chez elle, la douleur névralgique était aussi intense qu'auparavant. On lui prescrivit huile de ricin et huile de térébenthine, 12 grammes de chaque ; 1/2 grain d'extrait de belladonne, 5 grains de sulfate de quinine. Ces moyens amenèrent promptement une notable diminution du mal.

Obs. V. — J. Whitworth âgé de 22 ans, ayant été blessé à la figure d'un coup de hache, éprouva dans la figure de vives douleurs. Je lui fis respirer du chloroforme ; au bout d'une minute vingt secondes , elles disparurent, mais pour revenir deux minutes plus tard. Deux ou trois aspirations de chloroforme suffirent à les calmer. Plus tard elles revinrent, mais sans présenter la même intensité qu'auparavant.

Obs. VI. — M. Mariott, âgé de 50 ans, a une névralgie très-intense de la joue et de la tempe du côté gauche avec obscurcissement de la vue de ce côté. Il y a trois ans qu'il est sujet à des accès névralgiques. Sous l'influence du chloroforme il ne perdit pas complétement connaissance, mais il fut pris d'une espéce de délire. La douleur de la joue et de la tempe avait disparu, mais elle était remplacée par une douleur frontale. Des renseignements qui nous furent donnés par ce malade, trois semaines plus tard, il résulta que la douleur névralgique revint trois ou quatre heures après l'inhalation. Depuis longtemps il avait de la toux, de la céphalalgie frontale et des tintements d'oreilles. Ces accidents furent augmentés d'une manière très-notable par l'inhalation du chloroforme. En sorte que, loin d'être soulagé par cette opération, son état avait évidemment empiré.

31. *Extirpation d'une tumeur de l'ovaire pratiquée avec succès pendant la grossesse*; par le docteur H.-E. Burd, chirurgien de l'hôpital de Selop.

(Medico-chir. Transactions.)

Nous avons, à plusieurs reprises, entretenu nos lecteurs des nombreuses extirpations de l'ovaire pratiquées dans ces derniers temps en Angleterre et en Amérique; et nous avons rapporté avec soin le premier exemple d'une opération de ce genre essayée en France, et suivie d'ailleurs d'un heureux succès. Il faut bien se résoudre à croire que les dangers n'en sont pas si grands que la théorie le faisait craindre; et, sans devenir une opération en quelque sorte usuelle, l'ovariotomie devra néanmoins compter désormais parmi les grandes ressources de la chirurgie. Le fait suivant, dans lequel une tumeur ovarique fut enlevée sur une femme enceinte (hâtons-nous d'ajouter qu'on avait toute raison de croire que la grossesse n'existait pas), ce fait, couronné comme dans d'autres par une solide guérison, ajoutera encore à la confiance que l'ovariotomie, d'abord jugée sur le continent avec tant de défaveur, commence à inspirer aux chirurgiens les plus prévenus. Nous laisserons ici parler l'auteur.

Obs. — « Une femme de 25 ans, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne et d'un assez grand embonpoint, entra à l'hôpital de Selop le 28 février 1846. Mariée depuis quatre ans, elle avait déjà eu trois enfants, et sa santé avait toujours été bonne jusqu'à sa dernière couche (sept mois auparavant), époque à laquelle elle s'aperçut pour la première fois que son ventre avait augmenté de volume. Un mois après, elle reconnut l'existence d'une tumeur dure, qui se déplaçait par les mouvements de la malade. Son dernier enfant était bien portant, et son dernier accouchement avait été très-favorable comme les deux précédents.

« Le 3 mars, l'abdomen mesuré au-dessus de l'ombilic offrait 37 pouces de circonférence; sa forme était irrégulière, et du côté droit on sentait distinctement une tumeur considérable, très-mobile, et n'offrant qu'une fluctuation très-imparfaite. Un mois après, elle était dans le même état, et la santé générale ne paraissait nullement avoir souffert. La langue était nette; le pouls petit, à 80; les excrétions alvines et urinaires parfaitement normales. Dans ces circonstances, et la tumeur n'ayant subi aucun changement sous l'influence des traitements divers qui avaient été mis en usage par M. Johnson et moi, je conseillai à la malade de renoncer à toute thérapeutique énergique, de porter un bandage élastique pour soutenir la tumeur, en lui recommandant de

revenir si la tumeur augmentait de volume. Elle revint, en effet, cinq mois après, le 5 septembre.

« A cette époque, la tumeur avait acquis des dimensions considérables : l'abdomen mesurait 45 pouces de circonférence au niveau de l'ombilic , et 22 pouces de l'appendice xyphoïde au pubis. La fluctuation était évidente ; la dyspnée très-fatigante. La malade disait avoir été réglée régulièrement pendant son séjour chez elle, et pour la dernière fois très-abondamment (six semaines auparavant). Les seins étaient flasques, et l'aréole de même couleur que chez les femmes qui ont eu des enfants. La malade n'offrait d'ailleurs aucun des symptômes ordinaires d'une grossesse. Le toucher vaginal et l'examen avec le stéthoscope achevèrent de dissiper les doutes.

« L'avis unanime des médecins qui furent appelés à voir cette femme fut que l'opération de l'ovariotomie était parfaitement indiquée. On ne laissa d'ailleurs rien ignorer à la malade sur les conséquences possibles de cette détermination, pas plus que sur les chances de soulagement momentané que pouvait lui offrir la ponction. Elle se décida pour l'opération , et désira qu'elle fût pratiquée le plus tôt possible.

« Le 15 septembre, l'intestin ayant été préalablement débarrassé par quelques cuillerées d'huile de ricin, l'opération fut pratiquée dans une chambre chauffée à 26° Réaumur. La malade ayant été couchée dans la position horizontale, les reins soutenus par plusieurs oreillers, je pratiqnai au milieu de l'espace compris entre le pubis et l'ombilic une incision suffisante pour introduire le doigt, et par laquelle s'échappa une petite quantité de sérosité transparente. La tumeur fut mise à nu, et je pus, en introduisant le doigt, reconnaître qu'il n'existait aucune adhérence. L'incision fut prolongée en haut jusqu'à un pouce et demi du cartilage xyphoïde et en bas jusqu'au pubis. Je ne découvris pas davantage d'adhérences. Alors j'introduisis un trois-quarts dans le kyste le plus volumineux , et je retirai 3 gallons et quart d'un liquide épais, glaireux et fortement albumineux. La tumeur fut réduite à un volume tel que je pus songer à l'extraction, extraction qui eût été sans cela impraticable, malgré les dimensions de l'ouverture.

« Au moment où j'entraînais la tumeur en avant ponr en examiner le pédicule, j'aperçus l'utérus, qu'à son volume je reconnus contenir un produit de conception datant de trois à quatre mois. Le pédicule de la tumeur était tellement large , qu'il me fallut le fractionner en trois portions à l'aide de ligatures doubles. Cette partie de l'opération fut des plus difficiles ; et , quand on coupa

le pédicule, il y eut une hémorhagie si effroyable, que, si je n'eusse été secouru par les chirurgiens qui m'assistaient, la mort en eût été immédiatement le résultat. Une nouvelle ligature fut placée alors sur le pédicule et serrée fortement. Puis je liai successivement toutes les artérioles et les vaisseaux divisés avec un fil de soie. Ensuite les lèvres de la plaie furent réunies par des points de suture entrecoupée, et maintenues par des bandelettes.

« La tumeur était formée d'une multitude de kystes, entourés dans quelques points de substance solide. Tous ces kystes étaient situés en avant, circonstance qui contribuait à donner à la tumeur cette forme irrégulière à sa partie antérieure. Cette disposition de la tumeur venait à l'appui de mon opinion, que la paracentèse n'aurait pu vider tous les kystes. Les parois de ces derniers étaient solides et épaisses. La tumeur tout entière, avec ce qu'elle contenait, ne pesait pas moins de 50 livres.

« Au moment où l'opération fut terminée, le pouls était à 88, petit et filiforme. On administra immédiatement un gros de teinture d'opium. Trois heures après, douleurs dans le dos, face anxieuse, pouls à 90; quelques vomissements peu abondants. Six heures après, la malade eut une demi-heure de sommeil, et l'on retira 4 onces d'urine par le cathétérisme. A partir de ce moment, douleurs utérines toutes les cinq ou dix minutes. (*Teinture d'opium*, 1 *gros*, *avec mixture de camphre*).

« Le sommeil fut court et interrompu ; les douleurs utérines persistèrent tout le lendemain, jusqu'à huit heures du matin le 17, où l'avortement eut lieu. L'enfant se présenta naturellement; il était mort. Une heure après, les secondines furent expulsées par suite de l'administration de 50 centigrammes de seigle ergoté. Pas d'hémorhagie dans la journée ; pas de vomissements. Pouls de 108 à 130, serré. Une saignée de 4 onces fut pratiquée pendant le travail ; elle avait eu pour résultat de rendre les douleurs utérines moins vives et de diminuer l'anxiété de la malade.

« Dans la journée du 17, abdomen un peu météorisé et sensible à la pression ; quelques nausées, face anxieuse, urines naturelles; pas de lochies. (*Liqueur sédative*, 20 *gouttes*.) A huit heures du soir, nouvelle dose d'opium, à cause du hoquet, du ballonnement du ventre, de la sensibilité épigastrique et de l'agitation de la malade. On ajouta de petites quantités d'eau-de-vie coupée d'eau et d'ammoniaque.

« La nuit suivante assez bon sommeil.

« Le lendemain 18, face meilleure. Pouls à 116. Le pansement,

qui fut fait ce jour-là, parut soulager beaucoup la malade. On enleva quelques points de suture. On permit un peu de café, de thé, du bouillon et un peu de lait ; mais il survint des faiblesses, de l'anxiété, et force fut de revenir aux opiacés. L'écoulement lochial reparut dans la soirée avec un caillot de sang. On continua l'opium pendant la nuit ; le sommeil fut assez bon.

« Le 19, écoulement très-abondant et aqueux par la plaie. Le 20, l'opium fut continué comme il l'avait été la veille.

« Il est inutile d'entrer dans de plus grands détails sur les particularités de ce fait. Qu'il me suffise de dire que, pendant quelques jours encore, la malade fut en danger. Ainsi, le 21, le ventre était encore ballonné. Le 22, son état donnait encore de vives inquiétudes. Le 23, malgré la fréquence du pouls, on put commencer les toniques, qui furent bien supportés. Le 25, amélioration sous tous les rapports. A partir de ce moment, il ne survint plus aucun symptôme inquiétant. Le 8 octobre, trois des ligatures tombèrent, et les autres se succédèrent ainsi jusqu'à la fin du mois. Le 6 novembre, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait se promener dans les salles de l'hôpital. Elle sortit guérie le 15 du même mois, et reprit immédiatement ses travaux habituels. »

L'auteur fait suivre son observation de quelques remarques qui ne manquent pas d'intérêt.

En examinant le placenta, lorsque l'avortement eut eu lieu, on trouva qu'il avait été décollé dans un point où s'étaient produits une hémorhagie abondante et un caillot organisé, source probable de l'écoulement sanguin qu'on avait pris pour la menstruation. Cette dernière circonstance doit rendre le médecin encore plus vigilant, parce qu'elle montre non-seulement le peu de confiance qu'on peut avoir dans les renseignements des malades, mais encore l'incertitude des signes fournis par l'hémorhagie menstruelle dans le diagnostic de la grossesse.

Parmi les conséquences de l'opération, il faut noter l'absence complète de péritonite. Le symptôme le plus alarmant était le collapsus, qui ne céda qu'à l'opium, à l'ammoniaque et à l'eau-de-vie donnée à assez haute dose. L'opium surtout eut les meilleurs résultats. A peine en cessait-on l'emploi, que la malade était prise d'agitation et de faiblesse.

Un moment on put concevoir la crainte que l'écoulement abondant et continu de sérosité qui se faisait par l'ouverture de la plaie affaiblît la constitution de la malade au point de lui ôter les forces de résister à une pareille déperdition. Il n'en fut rien : peu à peu l'écoulement diminua notablement ; la plaie prit un

meilleur aspect, et la cicatrisation marcha avec rapidité à mesure que la malade reprenait des forces et de l'embonpoint.

---

32. *Sur les calculs de la base de la langue*; par M. José Antonio de Boy.

(Gaceta medica.)

Obs. — José Furter, âgé de 45 ans, de tempérament sanguin, consulta l'auteur, le 19 novembre 1842, pour une forte irritation qu'il ressentait dans toute la bouche, spécialement au gosier, avec inflammation des amygdales et difficulté d'avaler; pouls dur et plein. On crut d'abord à une angine, et un traitement antiphlogistique fut administré avec des gargarismes émollients et narcotiques.

Cependant M. de Boy, voyant qu'au bout de cinq jours il n'y avait aucun soulagement, examina plus attentivement la cavité buccale et la région sub-linguale. Il y sentit avec le stylet un corps dur. Introduisant alors les pinces, il fut tout étonné de ramener un calcul qui traversait le centre de la base de la langue, de droite à gauche. Il avait un diamètre de 18 lignes environ de longueur et de 4 à 8 ou 9 de largeur, augmentant progressivement de volume depuis sa pointe jusqu'à sa base. Sa forme était tout à fait comparable à celle d'une cornue.

Ce calcul, dit M. de Boy, paraissait composé, dans sa plus grande partie, de phosphate calcaire, et je le conserve maintenant pour faciliter les recherches à quiconque voudra s'en assurer.

Cette observatiun est donnée par l'auteur comme constituant un fait opposé à l'opinion de M. Stanski, qui, ainsi qu'on le sait, regarde la plupart des corps, que les auteurs ont pris pour des calculs salivaires, comme formés par une dent. Mais on s'est déjà aperçu, sans doute, en la lisant que le démenti ne se trouve que dans le titre; car la seule preuve admissible en pareille matière, l'analyse chimique, manque ici, puisque M. de Boy *conserve le calcul intact*. Nous ne faisons point du reste cette réserve dans le but de donner d'une manière absolue gain de cause à la doctrine de M. Stanski, dont nous avons reconnu nous-mêmes l'exagération et les côtés faibles.

---

33. *De l'inutilité du trépan dans les enfoncements du crâne*; par le professeur Textor, de Wurtzbourg.

(Uber die Nichtnothwendigkeit der Trepanation.)

L'article qui précède donnera un intérêt de plus à l'analyse de ce Mémoire, publié par M. Textor en 1847. A la vérité

M. Textor envisage ce sujet sous un point de vue beaucoup plus restreint que le nôtre; car il veut seulement démontrer que *les enfoncements du crâne, lorsqu'ils ne sont accompagnés d'aucun symptôme de compression ni d'irritation du cerveau, n'exigent pas le trépan,* ce qui ne semble guère pouvoir soulever d'opposition ; tandis que, pour nous, l'enfoncement ne réclame le trépan que lorsqu'il y a des accidents qui lui sont manifestement imputables, c'est-à-dire quand il est porté à un degré excessif, ou quand il se complique de pénétration d'esquilles ou d'autres corps étrangers.

Mais notre thèse ainsi nettement posée, les observations de M. Textor ne laissent pas que d'apporter sur ce sujet une vive lumière. Et d'abord il déclare que, dans une pratique de trente quatre ans, il n'a jamais vu retirer aucun résultat avantageux de la trépanation *prophylactique*, comme il l'appelle; et ce témoignage peut déjà être opposé à ceux qui, séduits par l'exemple de M. Milani, seraient tentés d'appliquer si prématurément le trépan. Puis vient la série de ses observations.

La première est celle d'un vigneron qui vécut de longues années avec un double enfoncement du crâne, déprimé de deux à trois lignes, et entouré d'esquilles qui avaient contracté adhérence avec la dure-mère.

La seconde est celle d'un garçon meunier qui avait, à son entrée à l'hôpital, cinq plaies de tête. Son état était assez satisfaisant, lorsqu'au dix-neuvième jour il présenta des symptômes d'une hépatite qui se termina par suppuration et entraîna la mort au bout de quatre jours. A l'autopsie, on trouva un enfoncement du pariétal gauche, avec fracture à trois branches, et production d'une esquille qui avait perforé un rameau de l'artère méningée moyenne. Aucun symptôme cérébral n'avait appelé l'attention sur cette grave lésion, qui était restée entièrement méconnue pendant la vie.

Suivent deux faits relatifs à des dépressions anciennes du pariétal droit chez un sujet, et du synciput chez un autre âgé de quatorze ans, qui succomba à un œdème général, six mois après que M. Textor lui eut reséqué le coude.

L'observation citée ensuite offre réellement un grand intérêt.

Un vieillard de soixante-quatre ans se fit, dans une chute, une plaie à la région pariétale droite. Les premiers moyens employés, saignée, applications froides, n'ayant pas diminué le coma, on se décida à trépaner. On reconnut sous la plaie une fracture qui se dirigeait vers la base du crâne. Une couronne de trépan fut appliquée, la dure-mère fendue, et l'on rencontra

au-dessous d'elle quelques caillots de sang. On les enleva ; mais on ne pouvait, dit l'auteur, suivre plus loin la fissure ; l'opération n'eut aucun résultat, et la mort survint quatre heures après. — A l'autopsie, on trouva une couche de caillots sur toute la surface cérébrale, particulièrement sur l'hémisphère gauche ; et de plus, du sang liquide dans les ventricules et à la base du cerveau, dont la substance était broyée en quelques points. La base du crâne était brisée transversalement. Mais ce qu'il y eut de plus curieux, ce fut l'existence d'une ancienne dépression du pariétal gauche, avec une fracture consolidée, partageant transversalement toute la base du crâne sur une ligne presque parallèle à la direction de la nouvelle fracture. De l'ancien foyer partaient plusieurs fissures, dont quelques-unes ne s'étaient pas soudées. M, Textor fait remarquer combien cette coïncidence est bizarre et combien l'issue fut différente dans les deux cas ; heureuse dans celui où l'art n'était pas intervenu, funeste dans le cas contraire.

M. Textor cite ensuite plusieurs cas d'enfoncement du crâne à une profondeur de quatre et de six lignes, et dans lesquels les malades ont guéri.

Dans ces derniers cas, on manque de renseignements sur les symptômes ; et sans rentrer absolument dans la thèse de l'auteur, on peut alléguer qu'ils ne s'en écartent pas explicitement. Mais ceux qui suivent montrent que les enfoncements, même compliqués d'accidents graves, n'exigent pas pour cela la trépanation.

Une femme, âgée de quarante neuf ans, s'étant fait une plaie avec enfoncement du crâne, présenta des symptômes de *commotion cérébrale*. La guérison fut laborieuse ; mais grâce aux saignées, aux ventouses, aux sangsues, à l'arnica, à l'émétique, etc., le rétablissement finit par être presque complet.

Un enfant de cinq ans s'enfonça pareillement, dans une chute, le pariétal droit. Il y eut même ici mobilité d'un des fragments. Les accidents se calmèrent promptement et le petit malade guérit.

L'auteur rapporte en terminant plusieurs cas de guérisons semblables tirés du *Wurtemb. Correspondenzblatt* et du *Med. Correps. bayerischer Aerzte.* Ce dernier journal a surtout publié récemment deux observations fort curieuses, dues au docteur Stadelmayer, et qui rentrent tout à fait dans notre sujet.

Un garçon de dix-neuf ans reçut à la tempe un violent coup de bâton, qui lui enfonça la paroi du crâne ; le fragment était mobile sur tout son pourtour. Le blessé offrit des signes, non

pas de compression, mais d'irritation persistante du cerveau. Deux chirurgiens furent successivement d'avis de trépaner, les parents s'y refusèrent; il survint des accidents graves, on craignit même la formation d'un abcès. Enfin le malade guérit au bout de deux mois.

Le second cas présentait tout autant de gravité. Une jeune fille de dix ans reçut à la tempe gauche un coup de pierre : perte subite de connaissance, enfoncement du crâne avec plaie extérieure et fracture, entre les bords de laquelle on pouvait glisser une sonde jusque sur la dure-mère. Il survint tout le cortège des accidents causés par l'irritation du cerveau : contracture du membre supérieur droit, perte partielle de la parole, etc. Le trépan, proposé par le chirurgien, fut refusé par la famille. Au bout de neuf semaines, la malade guérit; il s'était détaché, pendant cette période, de nombreuses esquilles, et il est resté un affaiblissement sensible du bras droit.

Il serait facile, ainsi que le fait remarquer M. Textor lui-même, de grossir cette liste. Sam. Cooper avait déjà recueilli un bon nombre de cas semblables; Dupuytren en citait de très-remarquables qui s'étaient offerts à lui dans sa pratique; nous-mêmes nous pourrions y en joindre d'autres.

Que faut-il en conclure ? Que la compression déterminée par l'enfoncement des os est le plus souvent insignifiante; qu'elle peut exister sans déterminer aucun accident, ce qui autorise à conclure, quand ces accidents-surviennent, qu'ils ne dépendent pas de la compression; et cette conséquence est en effet justifiée par le succès du traitement purement médical.

En résumé, que les chirurgiens se tiennent donc sur leurs gardes, et qu'ils n'aillent pas prendre des phénomènes de commotion ou d'inflammation pour des indices de compression. Le trépan en deviendra plus rare, et l'honneur de la chirurgie n'y perdra rien.

---

34. *Réflexions sur le cancer.*

(El Regenerador.)

Cet article, non encore achevé et dont l'auteur n'est pas encore désigné jusqu'ici, comprend plusieurs parties tellement distinctes que l'analyse ne peut rien perdre à porter séparément sur chacune d'elles. La première a trait aux suppurations qui se forment dans le voisinage des tumeurs cancéreuses et aux ulcères qui simulent le cancer. Ce sont, comme on le voit, des notions de diagnostic précieuses à utiliser pour le traitement. L'auteur

rapporte d'abord un cas du premier genre de sa pratique personnelle.

Obs. — En 1789, un femme de 40 ans vint le consulter pour un squirrhe douloureux, du volume d'un petit œuf de poule, situé immédiatement au-dessous de l'aréole de la mamelle droite. Il prescrivit des cataplasmes émollients et anodins, ainsi que l'usage des diurétiques. L'irritation ayant été calmée par cette médication, il put commencer l'emploi de résolutifs doux, dont il augmenta ensuite successivement la force. L'engorgement symptomatique des téguments fut ainsi dissipé, et il s'absorba aussi une portion de l'humeur dont la présence produisait le squirrhe.

Autorisé par là à croire que le mal n'avait pas atteint un degré de dureté incurable, il insista sur les mêmes moyens, qu'il fallut cependant plus tard cesser, vu l'exaspération qu'ils amenèrent. Le mal reprit donc une nonvelle intensité; et, la suppuration menaçant, on dut craindre une véritable dégénérescence cancéreuse.

Sur ces entrefaites, un second médecin ayant été appelé en consultation, entrevit dans la tumeur les signes d'une suppuration de bonne nature. On se borna, en conséquence, à en favoriser les progrès naturels par les topiques émollients et anodins. Le pus se fraya effectivement une issue spontanée par plusieurs ouvertures. Puis il s'établit une cicatrice solide sur la base même du squirre. — Dix mois après cet accident, l'affection primitive n'avait pas augmenté; la tumeur ne donnait lieu qu'à de rares élancements.

Cette observation apprend que les parties voisines d'une glande squirreuse peuvent suppurer sans entraîner la dégénérescence de celle-ci. Mais l'auteur ne s'est pas borné à constater la réalité clinique du fait; il cherche à établir les caractères, à l'aide desquels on pourra distinguer cette espèce de suppuration bénigne d'avec celle qui est l'avant-coureur ou plutôt l'effet du ramollissement de la masse morbide.

On peut, dit-il, regarder comme innocentes les suppurations près des glandes squirreuses, lorsqu'elles se font lentement avec moins de douleurs que dans les affections inflammatoires légitimes; lorsque surtout, l'abcès étant ouvert, l'ulcère qui en résulte se présente comme simplement purulent, calleux, et dépourvu de l'aspect rongeant propre aux ulcérations de mauvaise nature.

Si, au contraire, au moment de la suppuration, les malades se plaignent de souffrances analogues à celles qui accompagnent

les phlegmons simples ; s'il découle ensuite de l'ouverture des matières corrosives avec douleurs, légères hémorrhagies consécutives, bourgeons charnus mollasses : l'ulcère ainsi formé doit être considéré comme se rapprochant plus ou moins du cancéreux.

Quant au diagnostic à porter entre les affections cancéreuses et les cancériformes, il repose sur ce que, dans ces dernières, les douleurs, bien que lancinantes, ne reviennent qu'à de longs intervalles et *ne sont pas brûlantes* ; sur ce signe aussi que l'état cachectique ne se prononce qu'au fur et à mesure de l'absorption du pus de l'ulcère, montrant ainsi, par sa tardive apparition et par sa curabilité sous l'influence des moyens appropriés, qu'il diffère de la véritable cachexie cancéreuse. On peut aussi conclure avec certitude à la bénignité de la maladie, si la constitution reste intacte malgré l'ancienneté des solutions de continuité dont il s'agit.

C'est d'après ce dernier signe que l'auteur se décida, en 1794, à pratiquer l'extirpation d'un cancer ulcéré de la mamelle, très-douloureux, avec bords renversés, fongosités et veines variqueuses au pourtour. Il n'y eut pas de récidive. Le docteur José Torner et Augustin Ginesta ont obtenu d'une pratique toute semblable des succès analogues.

Irritées par des topiques trop excitants, par des pansements trop réitérés, et où on laisse la plaie longtemps à découvert, les tumeurs cancériformes dégénèrent parfois en vrais cancers : elles en revêtent dès lors la symptomatologie propre et en offrent par conséquent aussi les indications thérapeutiques.

---

35. *Résection de la mâchoire supérieure* ; par M. Taruffi.
(Bullettino delle Scienze mediche.)

L'auteur ne se propose d'autre but que de décrire un procédé qu'il a vu exécuter par M. Rizzoli chez une femme de 54 ans, affectée d'ostéosarcome, et qui fut parfaitement guérie par l'opération. — Le chirurgien pratiqua d'abord l'incision unique, obliquement dirigée de la commissure labiale à la tempe. Mais le trait distinctif de son procédé consiste dans la manière simple et rapide dont il s'y prit pour pratiquer les diverses sections osseuses nécessaires afin de détacher le maxillaire de ses connexions.

L'os ayant été mis à découvert, il coupa d'un seul coup la branche montante et l'unguis avec des cisailles de Liston à branches très-longues et courbées sur le plat, en tenant pour ce premier temps la concavité de l'instrument tournée en dehors, de

sorte qu'il en résulta une incision dirigée vers l'axe de l'orbite. Alors, en entournant la concavité en dedans, il coupa d'un second coup le bord antérieur de l'os malaire au point où il s'articule avec le maxillaire, et rencontra là la première incision, de manière à former un triangle par leur réunion. Il ne resta plus qu'à séparer les deux os maxillaires sur la ligne médiane, avec les cisailles droites, et à terminer ensuite l'opération comme à l'ordinaire.

— Il est à peine nécessaire de faire remarquer que cette simplification, excellente pour les cas où l'altération a d'étroites limites, ne conviendrait plus si la dégénérescence avait envahi tout ou portion de l'os malaire qu'il serait alors indispensable de comprendre dans l'ablation en portant le section jusque sur l'arcade zygomatique.

---

36. *Nouvelle méthode d'oblitération permanente des vaisseaux artériels et veineux pour la cure radicale des anévrysmes et des varices*; par M. Secondi.

(Bulletino delle Scienze mediche.)

Ce sont les exemples trop fréquents de mort survenue après la ligature des artères anévrysmatiques qui ont donné à l'auteur le désir de chercher à lui substituer une méthode plus sûre et moins périlleuse.

Celle qu'il a imaginée consiste dans l'oblitération mécanique du vaisseau faite au moyen d'un petit cylindre d'éponge préparée, long d'un demi-pouce et un peu plus volumineux que le vaisseau sur lequel il s'agit d'opérer. Il faut l'enduire de cire à ses deux extrémités, afin qu'il ne se gonfle pas trop rapidement pendant qu'on l'introduit, mais qu'il se dilate seulement lorsqu'il est convenablement placé dans la cavité vasculaire.

Pour l'introduire, on met à découvert l'artère ou la veine, comme si l'on voulait en faire la ligature, mais sans avoir besoin de l'isoler dans une aussi grande étendue. Puis on perce la paroi superficielle du vaisseau avec un petit trocart muni d'une canule, laquelle a un manche qui sert à la retirer plus facilement une fois l'opération achevée. Il ne faut point traverser le vaisseau de part en part. La canule étant seule laissée en place après la ponction sert à conduire le morceau d'éponge dans l'intérieur du tube vasculaire où on le pousse avec une petite pince, autant qu'on le peut, du côté du cœur si c'est une artère, dans l'autre sens ci c'est une veine. On enlève la canule et on enfonce ensuite le reste de l'éponge.

Bientôt après, toute compression étant levée, la température

et l'humidité du sang favorisent le gonflement de l'éponge, qui en peu de temps remplit toute la capacité du conduit vasculaire.

Il importe de ne préparer l'éponge qu'au moment de l'opération et d'en tenir prêts plusieurs morceaux en cas d'accidents rendant la manœuvre lente ou imparfaite. On choisira une éponge très-fine. Après en avoir coupé un morceau des dimensions désignées ci-dessus, on le roule entre deux doigts jusqu'à ce qu'il ait pris un volume qui lui permette de passer à travers la canule ; puis on laisse tomber une goutte de cire sur chacune de ses extrémités, et on le roule de nouveau entre les doigts pour lui donner la figure d'un corps fusiforme.

Un bain froid donné immédiatement et continué pendant quelques heures aide à la coagulation du sang et prévient en même temps la phlogose excessive.

L'auteur n'a encore appliqué ce moyen que sur les animaux. Il l'a exécuté huit fois avec succès.

— La plasticité plus grande du sang chez les animaux empêche qu'on ne tire de ces essais des corollaires rigoureusement applicables à l'homme ; de sorte que la question, encore intacte au point de vue expérimental, ne peut être vidée jusqu'à nouvel ordre que par le raisonnement. Or, sous ce rapport, il est certain d'abord que M. Secondi ne saurait réclamer la priorité pour le fait d'avoir songé à provoquer l'oblitération en introduisant un corps étranger dans les vaisseaux. Tout au plus le choix de la substance et son mode d'introduction assureraient-ils à son procédé une certaine originalité.

Tout médecin reconnaîtra, et l'auteur lui-même semble l'avouer, que les dangers extrêmes de provoquer une phlébite mortelle devraient empêcher de songer à appliquer ce moyen dans le cas de varices. Il devrait donc rester limité aux artères. Mais sans discuter, comme on l'a fait au congrés de Venise, sur l'inconvénient du trop ou du trop peu d'inflammation qui surviendrait alors, sur l'impossibilité d'obtenir l'oblitération d'une artère par la seule formation d'un caillot, il nous semble que la crainte d'une hémorrhagie consécutive est ici l'objection principale. Quelque petite qu'ait été l'ouverture faite par le trocart, elle pourra toujours donner lieu à une perte de sang si le caillot intérieur ne s'établit pas dans un laps de temps et à une hauteur convenables. Or si l'on réfléchit que l'éponge peut glisser, qu'elle peut livrer passage au sang, que le chirurgien ne découvrant qu'en partie l'artère est exposé à placer par mégarde ce corps obturateur immédiatement au-dessous d'une grosse collatérale qu'il aura méconnue, on ne saurait se refuser de confesser

que l'hésitation à employer ce procédé sera bien permise jusqu'à ce que des succès obtenus sur l'homme par son auteur soient venus dissiper ces légitimes appréhensions.

---

37. *Des causes qui font échouer l'opération de la cataracte*; par M. Martinez.

(Anales de cirugia.)

Presque tous les écrivains attachent une grande importance à faire tenir l'œil exactement fermé plusieurs jours de suite, après qu'il a été opéré de la cataracte. Quelques-uns poussent même la précaution jusqu'à maintenir les paupières rapprochées avec des bandelettes agglutinatives, et regardent comme inoffensive l'accumulation du fluide lacrymal qui peut alors se produire sous elles.

M. Martinez, dont nous ne reproduisons ici l'opinion que sur ce point spécial de pratique, suit une conduite entièrement opposée. D'abord il permet à ses opérés des aliments solides du troisième au quatrième jour, et les laisse se lever au bout de la huitaine. La plupart des insuccès, ajoute-t-il, sont dus au précepte ordinairement suivi de maintenir les yeux longtemps fermés, sans les entr'ouvrir pour donner issue aux larmes ainsi qu'aux produits de sécrétion que leur séjour en ce lieu convertit en agents d'irritation. Les points lacrymaux ne peuvent plus les absorber parce qu'ils se trouvent comprimés, et *spasmodisés* par l'usage répété des fomentations répercussives. En même temps les paupières sont unies entre elles, et les larmes condensées par l'humeur de Meïbomius épaissie ne peuvent plus arriver jusqu'aux paupières. L'inflammation qui résulte de ces causes réunies est rendue évidente par la tuméfaction œdémateuse qui envahit les paupières chez tous les sujets, au bout de trois jours après l'opération de la cataracte.

---

38. *Application de l'acupuncture aux taches de la cornée;* par M. de la Flor.

(El Regenerador.)

Voici un nouveau cas d'application d'une méthode citée déjà l'année dernière avec éloges. L'intérêt qui se rattache à la présente communication ne dépend pas uniquement de la relation d'un succès de plus : elle offre surtout une modification assez importante introduite dans l'opération même.

Le malade chez lequel on la pratiqua portait un leucoma très-étendu et épais, et en outre un ramollissement en trois points

distincts de la cornée, laquelle altération simulait un staphylôme.

Pendant sept jours l'acupuncture fut pratiquée, et l'on vit avec surprise que, vers le cinquième jour, la procidence avait disparu. Il en fut de même de l'opacité, qui, de complète qu'elle était avant le commencement du traitement, devint, au bout de ce court espace de temps, assez faible pour permettre à l'opéré de distinguer les ombres résultant des petits objets placés entre l'œil et la lumière.

L'application de l'acupuncture offrit ici cela de particulier qu'on plaça en contact, avec le pôle de l'aiguille opposé à celui qui était introduit entre les lames de la cornée, deux disques métalliques ou deux pièces de monnaie, une d'argent et l'autre de cuivre, humectées du liquide dont le professeur se sert dans les cas semblables, et dont la composition est la suivante :

Acide cyanhydrique.	2 gouttes.
Eau distillée.	4 grammes.

Nous terminons en annonçant qu'il est à notre connaissance que le professeur de la Flor a appliqué ce mode de traitement à certaines espèces de cataractes. Nous l'engageons instamment à publier prochainement ses observations sur ce point nouveau en pratique, sinon en théorie, de thérapeutique chirurgicale.

---

39. *Empoisonnement par un liquide styptique;* par M. DE LA FLOR. (El Regenerador.)

Le fait suivant, exemple d'un accident assez rare, n'a guère d'intérêt que par la nature de la cause qui y a donné lieu.

OBS. — Un homme affecté de cancer de la lèvre se trouvait dans les salles de M. de la Flor. Se proposant de faire l'excision, mais désireux de pouvoir prévenir ou modérer l'hémorrhagie, si habituelle à la suite de ces opérations, le médecin prescrivit une livre d'eau styptique, composée de :

Sulfate de zinc;
Sulfate d'alumine et de potasse;
De chaque une demi-once, dissous dans une livre d'eau distillée de roses.

Par inadvertance, le malade prit ce liquide pour la boisson rafraîchissante dont il faisait usage, et en but plus de la moitié. Il en aurait pu résulter de graves conséquences, si l'on ne s'était empressé de provoquer les vomissements en lui faisant avaler de l'huile, ce qui calma l'ardeur dévorante qu'il ressentait à l'estomac. Le lendemain matin, il avait de la fièvre avec quelques mouvements convulsifs.

Une gastrite aiguë succéda à cet accident. A l'époque où cette

observation est rédigée, les symptômes gastriques n'existaient plus, et l'opération avait été pratiquée.

— Ce fait nous a remis en mémoire celui d'un jeune homme affecté de blennorrhagie, qui avala de même la totalité d'une injection caustique à lui ordonnée le matin, et laissée sur la planche de son lit. Elle était composée de :

Eau distillée.	30 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé.. . . .	1 gramme.

La prompte administration d'un émétique et d'une dissolution concentrée de sel de cuisine mit fin aux accidents qui nous avaient causé beaucoup d'inquiétude.

---

40. *Histoire d'un empoisonnement par la teinture de cantharides*; par M. Noale.

(Annali universali di Medicina.)

La connaissance de ce fait, d'ailleurs assez ordinaire, emprunte un véritable intérêt du rôle qu'y a joué le médecin narrateur, rôle qu'il a même trop réduit, selon nous, car s'il dit trop modestement, avec le poëte : « *pars magna fui,* » nous nous permettrons, plus respectueux pour la vérité qu'envers le texte virgilien, de rectifier ainsi le passage pour la circonstance : « *pars* tota *fui.* » Voici du reste l'observation telle qu'il la raconte lui-même.

Obs. — Me trouvant le 23 septembre, à sept heures du matin, en parfaite santé dans l'officine de notre ville, je bus un petit verre d'élixir de quinquina qu'un élève en pharmacie me présenta. Je l'avalai d'un seul coup sans me laisser arrêter par une mauvaise saveur que l'élève attribua à ce que la préparation n'était pas encore terminée.

Étant reparti pour me rendre à une consultation médico-légale, je fus pris, au bout d'une demi-heure, d'un malaise général ayant son origine à l'estomac, qui s'accompagna bientôt d'un extrême abattement, frisson universel et envies de vomir. Rentré chez moi, je bus un grand verre d'eau et une tasse de café, mais sans aucun soulagement.

Malgré ces incommodités, je voulus me remettre en voyage ; mais au bout d'un demi-mille, je fus forcé de descendre de voiture par le redoublement de la douleur d'estomac et des nausées. Un verre d'eau fut presque immédiatement vomi. L'augmentation croissante des symptômes précédents me contraignit à entrer dans une maison voisine ; je me jetai sur un siége, buvant avec avidité de l'eau que je rendais aussitôt. Mais alors la saveur que j'éprouvai après avoir vomi me fit songer que j'avais avalé

de la teinture de cantharides, d'autant plus que je me rappelai avoir vu le pharmacien en préparer quelques jours auparavant.

Rentré chez moi, mon confrère, M. Bellati, reconnut que j'avais la bouche et le gosier couverts d'érosions et de vésicules. Je passai alors à la pharmacie; là je reconnus l'erreur et constatai que j'avais pris environ 1 once du liquide toxique. Je bus aussitôt 2 onces de vin de Chypre; mais telle fut l'ardeur que son passage me causa dans le gosier et le long de l'œsophage, que je n'eus pas la force de continuer à en prendre.

Je revins de nouveau à la maison, où je tâchai de solliciter le vomissement par des moyens mécaniques. De cette manière, je rejetai toute l'eau bue jusque-là, mais mêlée à du sang liquide d'un rouge vif. Porté au lit, ce vomissement sanguin revint à plusieurs reprises. N'ayant pas le courage d'annoncer à ma femme ce triste accident, j'envoyai chercher le docteur Roncali, célèbre médecin de Rovigo, par l'abbé G. Scarso, auquel je recommandai instamment, si malheureusement je tombais sans connaissance, de ne point permettre qu'on me tirât du sang.

J'avais continué à prendre de la glace, lorsque M. Roncali arriva, cinq heures environ après l'accident; il me prescrivit une drachme (4 grammes) de laudanum dans 4 onces d'eau de guimauve édulcorée et la continuation de la glace, soit à l'intérieur, soit en application sur l'estomac et dans la direction de l'œsophage. Mais après quelques heures de l'usage de ce remède, le vomissement devint continu, au point de m'empêcher de boire quoi que ce fût; on me donna alors un lavement avec un scrupule (12 décigr.) de laudanum.

Deux heures après l'administration de ce lavement, je commençai à éprouver du calme, le vomissement diminua de fréquence, et je pus boire le reste du liquide laudanisé. Vers onze heures du soir, le froid glacial qui occupait mes membres alterna avec une chaleur passagère, et la soif et l'ardeur que je ressentais à la gorge s'apaisèrent un peu. Dès lors je pus garder l'eau que j'avalais, et il s'ensuivit un grand bien-être.

J'avais passé le milieu de la nuit lorsque j'éprouvai une sensation pénible à la région et le long de l'urèthre avec un fort prurit au gland; symptômes qui furent portés au point de m'empêcher d'uriner pendant quelques heures. L'application locale de la glace les fit disparaître.

Vers le milieu du jour suivant, il se déclara une salivation abondante; les bords de la langue et les gencives se couvrirent d'aphthes, et les dents devinrent vacillantes comme si j'eusse été sous l'influence de l'yhdrargyrose. Ces phénomènes allèrent

croissant pendant deux jours, puis déclinèrent et disparurent peu à peu.

Trois jours après l'empoisonnement, il ne me restait qu'une grande prostration des forces, un sentiment de vacuité dans l'estomac avec une envie irrésistible de prendre de la nourriture. Depuis le début, le pouls avait été faible et lent.

Au bout de douze jours, j'étais revenu en parfaite santé.

— L'auteur s'étonne de la bénignité et surtout de la prompte disparition des symptômes, quoique le poison soit resté deux heures dans l'estomac avant qu'il n'ait vomi, et quoiqu'il n'ait employé ni saignées, ni sangsues, ni émollients. Il en conclut qu'il n'a donc pas eu une inflammation de l'estomac, à proprement parler. — Mais remarquons que, sans provoquer le vomissement, l'eau qu'il a bue presque aussitôt a certainement contrtbué à adoucir l'action irritante; que l'estomac, au moment de l'accident, contenait peut-être des aliments (circonstance qui n'est pas spécifiée dans la narration); que, enfin, si les symptômes du côté des voies gastriques ont été, il est vrai, de peu de durée, cela rappelle justement l'un des principaux caractères de l'action bien connue des cantharides à l'extérieur, laquelle compense en quelque sorte par sa rapidité son extrême violence.

MÉLANGES.

41. *Cas d'imperfection de la vision par suite de réfraction irrégulière, avec cécité nocturne;* par M. R. Hamilton.

(Gazette médicale de Paris, N° 25; 1848.)

Obs.—Un homme âgé de 25 ans, peintre de voitures, présente les symptômes suivants :

1° Une cécité de nuit incomplète. Après le coucher du soleil et à partir du crépuscule, il cesse de voir les objets autour de lui. Lorsqu'il approche d'une lumière artificielle, pourvu qu'elle soit forte, il aperçoit assez bien. Ainsi, si la rue est bien éclairée par une lanterne à gaz, il s'y dirige convenablement; il peut même lire dans une chambre parfaitement éclairée lorsqu'il se tient près de la lumière.

2° Il existe un autre défaut de la vision aussi fatigant pour le malade que le premier, et qu'on doit rapporter à une réfraction irrégulière de l'appareil dioptrique de l'œil. En regardant un cadran, si les aiguilles sont pependiculaires, il ne peut distinguer

l'heure qu'elles indiquent, mais il la reconnaît sans peine si elles sont horizontales. Il en est de même pour les rayons ou jantes des roues. S'approche-t-il tout à fait d'un objet, alors il peut le voir en son entier, quoique non également bien dans toutes ses parties ; mais, à quelque distance, il n'en discerne que ce qui est horizontal.

Il se plaint aussi que lorsqu'il essaye de peindre, comme, par exemple, des lettres ou toute autre chose où les lignes verticales dominent, il lui est impossible de les tracer correctement, et il les fait toujours malgré lui obliquement ou de travers, tandis qu'il dessine les lignes horizontales avec précision. Pour y remédier, quand il a à tracer des caractères où dominent les lignes verticales, il a pris l'habitude de coucher sur le côté l'objet qu'il doit peindre et de le redresser ensuite. L'expérience lui a aussi enseigné un moyen simple pour rectifier ce défaut dans la perception ; il consiste à incliner la tête à angle droit sur le corps ; de cette manière, les traits verticaux lui apparaissent distincts, et il parvient à les bien représenter, tandis que, à leur tour, ceux qui étaient horizontaux deviennent alors mal formés et confus.

3° Il se joint à ce désordre complexe un degré considérable de myopie, plus prononcé d'un côté que de l'autre, et qui fait que tous les objets apparaissent mal limités et comme dans un nuage.

Le patient dit que, lorsqu'un objet est placé entièrement hors de la distance focale de ses yeux, et que tout par conséquent est obscur autour de lui, s'il tire un peu en dehors avec le doigt l'angle externe des paupières, sans exercer de pression sur le globe oculaire, il distingue alors comme si sa vision n'était en rien défectueuse. C'est l'œil gauche qui reçoit de cette manœuvre le plus grand avantage ; mais le bénéfice est encore plus décidé lorsqu'il la pratique sur tous les deux. De même, lorsqu'un corps est trop ténu pour qu'il le puisse voir distinctement, même à une très-petite distance, il parvient avec le même procédé à le reconnaître aussi exactement, pense-t-il, que toute autre personne. Mais comme il réclame les deux mains, le malade ne peut continuer pendant ce temps les travaux de sa profession.

Un premier examen des yeux ne fit d'abord reconnaître aucune altération appréciable de l'œil. Le patient ne souffre pas de la tête, et ne présente aucun désordre dans l'ensemble de la santé générale. Il se rappelle avoir toujours eu la même incommodité depuis ses plus jeunes années. A part les incorrections spécifiées, il trace exactement les contours et distingue parfaitement les

moindres nuances des couleurs, de manière à les assortir avec précision et facilité.

M. Allen Thomson, explorant l'organe malade avec plus d'attention, reconnut que, dans l'œil droit, le plus défectueux des deux et par conséquent le moins employé, le diamètre vertical de la cornée était un peu plus long que l'horizontal. La forme de la membrane est un peu irrégulière, et son diamètre fait une légère saillie en haut et en dedans. Il crut aussi observer qu'elle présentait une courbure quelque peu plus marquée dans son diamètre transverse.

On répéta ensuite plusieurs fois des expériences avec une tête d'épingle et un double trou dans une carte pour juger comparativement de la distance focale des deux yeux, dans une direction verticale et horizontale. Pour l'œil gauche, les trous étant horizontaux, l'image devint unique, une fois à 6 pouces de distance et une autre à 5 pouces et demi ou 6 pouces; et lorsque les trous étaient placés verticalement, le même effet se produisit une fois à 8 pouces et demi, et une autre à 9 pouces ou 9 pouces et demi. Il fut difficile de répéter la même observation sur l'œil droit, vu le degré considérable de myopie dont il était atteint; cependant le rapport du foyer horizontal au vertical parut être de 5 p. et demi à 6 p. et demi.

Il résulta de ces remarques que l'œil gauche avait plus d'inégalité que le droit entre sa réfraction verticale et l'horizontale, et que le droit était myope à un plus haut degré.

M. Thomson traça deux lignes à angle droit sur un papier blanc. Le malade les aperçut à une distance de 18 pouces; mais à trois pieds, il ne put plus reconnaître la ligne verticale. Il vit, à la première de ces deux distances, un cercle tracé avec un demi-pouce de diamètre; lorsqu'on l'éloigna, il ne put plus voir que les parties supérieure et inférieure, et les parties latérales (les seules verticales) lui échappèrent. On pouvait les rendre un peu plus perceptibles, mais non entièrement, en les faisant plus larges et plus marquées.

Lorsque le malade regardait une forte lumière, telle que celle d'un bec de gaz, à travers une carte trouée d'un coup d'égingle, il ne la voyait pas ronde, comme dans sa forme naturelle, mais allongée de haut en bas du double environ de sa longueur; le même effet était un peu moins sensible pour l'œil droit. Dans les deux cas, l'extrémité inférieure du corps lumineux paraissait s'incliner un peu en dedans, mais davantage lorsqu'il la regardait de l'œil droit.

L'examen ayant été ainsi complété, M. J. Adie entreprit d'ap-

pliquer un appareil propre à corriger la vision. Il avait plusieurs lentilles cylindriques plano-concaves de différents foyers, depuis deux pieds jusqu'à 8 pouces de longueur ; il essaya leur effet, et trouva qu'elles agissaient favorablement, et que la plus faible produisait le meilleur effet, en prenant la précaution de placer la surface cylindrique de manière à agir horizontalement ou d'un côté à l'autre. L'effet de cette lentille est d'amoindrir le pouvoir réfracteur de l'œil transversalement et probablement d'égaliser sa courbure transversale avec la verticale. On appliqua des verres semblables à des lunettes de spectacle pour les deux yeux, et le résultat fut des plus frappants. Le malade put voir à aussi grande distance et aussi distinctement qu'aucune des personnes présentes. En un mot, quant à ce qui concerne la myopie et l'inégalité de forme de réfraction, il était parfaitement bien. Comme il voit mieux transversalement quand il n'use pas de lunettes et que l'effet des lentilles cylindriques est de diminuer le pouvoir réfracteur, il est probable qu'après la correction, l'œil s'adapte pour la vision distincte par quelque changement interne.

---

42. *Cas d'accouchement accompli sans opération à travers un bassin extrêmement rétréci*; par M. Simpson.

(Gazette médicale de Paris, N° 29 ; 1848.)

La plupart des auteurs de tocologie, lorsqu'ils cherchent à déterminer les difficultés de l'accouchement et à poser l'indication des moyens propres à le terminer, ne prennent guère en considération que les divers degrés de rétrécissement du bassin. Tout n'est pas là, cependant, et si cette cause exerce en effet une influence majeure, on doit tenir compte, avec tout autant de soin, des forces et de la résistance vitale de la mère, de l'activité de l'utérus, et, par-dessus tout, des dimensions et de la compressibilité de la tête fœtale, selon son volume, l'état actuel de l'ossification, la largeur des sutures et fontanelles; l'intégrité des os ou leur séparation déjà effectuée par suite de la mort de l'enfant, etc. —Ces diverses circonstances, moins faciles à préciser avec la rigueur mathématique, méritent, par cela même, tout autant d'attention pour le moins que l'angustie pelvienne. On va voir le rôle important qu'elles ont joué dans le cas suivant, que M. Simpson donne avec raison comme digne de tout l'intérêt des lecteurs.

Obs. — Madame D., âgée de 34 ans, était regardée, dans son jeune âge, comme une grande et robuste enfant. Ses occupations sédentaires rendirent l'écoulement menstruel très-irrégulier.

Mariée à 24 ans, elle commença, deux ans après, à se plaindre de douleurs dans le dos et les côtés et de roideur aux genoux. Elle ne put plus, dès lors, marcher sans soutien, et demeura sujette à des douleurs vagues. — Trois ans après, en 1840, elle fit une chute qui redoubla ses souffrances et augmenta encore sa difficulté de marcher. L'ostéomalacie déforma peu à peu les os du tronc et des extrémités. L'épine se courba en arrière et en dehors comme un archet. Bref, dans l'espace de sept à huit ans, sa taille autrefois grande se réduisit à près de 4 pieds.

Elle n'avait jamais été enceinte lorsque, en juin 1846, ses règles manquèrent et le ventre se tuméfia. Elle se crut d'abord atteinte d'hydropisie, mais bientôt les mouvements de l'enfant ne lui laissèrent plus de doutes, et elle fit appeler M. Wiseman. Ce médecin reconnut un rétrécissement considérable du bassin, et fut d'avis qu'avec un vice pareil la grossesse était trop avancée pour permettre de songer à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. En outre, ces manœuvres eussent été d'autant plus difficiles qu'on ne pouvait parvenir à atteindre le col avec le doigt.

Au mois de mars, M. Simpson la vit avec MM. Wiseman, Graham et Grace. La tumeur utérine était haute; les mouvements du cœur de l'enfant rapides comme d'ordinaire. Il reconnut l'étroitesse pelvienne déjà constatée. Presque droit en haut, le sacrum se recourbait fortement en avant à son extrémité inférieure. Le détroit inférieur était surtout réduit dans son diamètre transversal : il était impossible d'introduire deux doigts entre les tubérosités de l'ischion ; d'où l'on peut conclure que ce diamètre avait évidemment moins d'un pouce.

A huit mois de grossesse l'enfant était vivant, et avec un tel degré d'angustie, M. Simpson pensa que l'opération césarienne était le seul parti à prendre. En effet, les os de la mère paraissaient trop solides pour permettre d'espérer qu'ils céderaient au moment de la parturition comme dans les cas de Barlow, Conradi, Sprengel et d'autres.

Le 28 avril, M. Simpson fut prévenu que le travail commençait. Il se rendit donc en toute hâte auprès de cette femme, à une dixaine de lieues. Mais il trouva, à sa grande surprise, en arrivant, qu'elle venait d'accoucher.

L'enfant était mort depuis quelque temps dans l'utérus. Il avait 18 pouces de longueur ; mais ses membres et son corps étaient minces, flasques, atrophiés ; il ne pesait que 3 livres 2 onces. La tête paraissait volumineuse, et il avait même été regardé par quelques personnes comme hydrocéphalique ; mais ce

n'était que l'effet de la putréfaction. L'encéphale était dissous et comme demi-fluide. Couchée sur une table, la tête parut aplatie latéralement et supérieurement, comme l'eût été une vessie à demi pleine de liquide. Tous les os de la voûte, séparés de leurs attaches, flottaient dans la matière cérébrale liquéfiée. Ceux de la base même (chose plus rare) étaient plus ou moins séparés les uns des autres. Il en était de même de la symphyse des deux mâchoires. Bref, cet état permettait à une pression modérée de rapprocher, jusqu'à peu de lignes, l'une de l'autre, deux des faces opposées de ce sphéroïde.

La poitrine et l'abdomen semblaient mous et flexibles, quoique cependant à un degré beaucoup moindre que la tête.

On essaya de faire sortir l'enfant par une ouverture de 2 pouces 3/8 de long sur 7/8 de pouce de large, percée à travers une lame de fer, et l'on y parvint sans trop de peine et sans avoir besoin de presser beaucoup.

Le placenta était petit, atrophié, et contenait disséminés un grand nombre de ces corps blancs improprement appelés tubercules, de la grosseur d'une noisette, et d'autres plus volumineux, dont l'effet est de produire le marasme et la mort du fœtus dans le sein de sa mère.

L'accouchement avait été assez prompt, et si peu pénible pour la mère, qu'elle répétait ensuite : « Ce n'est rien que de faire un enfant ! » Un pli, formé à la partie du cuir chevelu, saillante au dehors, par la séparation de quelques-uns des os de la voûte crânienne, avait prêté une sorte de point d'appui aux tractions des médecins.

Ce cas montre bien certainement l'inépuisable richesse des ressources de la nature ; mais le mécanisme selon lequel elle est ici intervenue mérite réellement d'être étudié dans ses détails. On peut attribuer la facilité de l'accouchement : 1° à la condition morbide du placenta ; 2° à ce que la mort de l'enfant, qui en fut la suite, fut causée par degrés tellement insensibles qu'elle eut lieu sans être suivie, comme à l'ordinaire, de son expulsion ; 3° au long séjour que l'enfant fit dans l'utérus depuis le moment de sa mort, ce qui amena le ramollissement et la séparation ci-dessus mentionnés de toutes les pièces osseuses de la tête ; 4° à ce que, par l'effet combiné de ces différentes causes, le fœtus fut réduit en une masse diffluente et compressible qui se moula sans résistance sur la capacité de la filière osseuse qu'il avait à traverser.

Comme il serait impossible à l'art de provoquer la mort de l'enfant et de le forcer en même temps à séjourner ensuite pendant quelque temps dans l'utérus, on peut dire que, à un tel

degré de rétrécissement pelvien, l'accouchement prématuré n'aurait offert qu'un remède insuffisant.

Enfin nous appelons de toute notre force l'attention des lecteurs sur les lignes suivantes. Aujourd'hui que la méthode dite anglaise, dont le principe est de sacrifier l'enfant à la mère, commence à prendre faveur sur le continent, il est utile de rappeler dans quelles limites les accoucheurs anglais eux-mêmes la défendent, et quelles larges et formelles exceptions ils reconnaissent à son application. La réputation de M. Simpson ne permettra pas de lui contester l'autorité d'un législateur en cette matière. « Supposons, dit-il, que, dans un cas de bassin très-rétréci, la grossesse soit arrivée à son terme ; je pense que, en de telles circonstances, notre conduite et notre pratique doivent en très-grande partie être réglées par l'état de l'enfant. Est-il vivant, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'auscultation, etc. ! Si le bassin est aussi étroit que chez madame D., ou même plus large d'un demi-pouce, je suis décidément d'avis que c'est notre devoir de pratiquer la section césarienne. Nous avons deux existences humaines commises à notre charge, et il est de notre devoir d'essayer de les conserver toutes deux, pourvu que nous puissions atteindre ce but sans exposer la mère à des périls beaucoup plus grands qu'elle n'en aurait couru si l'on eût agi d'une autre manière. »

Si l'enfant est mort, l'embryotomie seule est proposable ; mais pour la rendre moins périlleuse, il faudrait pouvoir percer les os de la base du crâne avec le perforateur ordinaire.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 190e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Clinique chirurgicale. — Professeur, M. *A. Uytterhoeven.* 73
Carie des côtes avec empyème. 82
Fissure à l'anus. Nouveau mode de traitement. Leçon clinique recueillie par M. *Schoenfeld.* 83
Abcès à l'ombilic. — Observation recueillie par *** 86
Note sur le gutta percha ; par M. *Ed. Vanden Corput.* 89
Statistique de la clinique chirurgicale. Professeur, M. *André Uytterhoeven.* 93
Morve farcineuse aiguë spontanée chez l'homme; observation recueillie à la clinique de l'hôpital de Namur ; par *J.-B. Bouvier.* 98
Amputation de la cuisse ; réflexions sur le mode de pansement employé, en pareil cas, par M. *Seutin.* 106
Extrait du Bulletin de l'Académie royale de Médecine. — Séance du 29 avril 1848. 109
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'avril 1848. 128
De la goutte militaire et de son traitement ; par le docteur *Ch. Phillips.* (*Suite.*) 129

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIETETIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. Sur l'enseignement et les exercices gymnastiques. Rapport fait au comité central d'instruction primaire ; par le docteur *Alex. Thierry.* 1
2. Sur les abattoirs généraux de la ville de Paris et sur les viandes qui en proviennent. 10

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 3. De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement ; par M. *Valleix.* (*Suite* et *fin.*) 18
4. Question sur la goutte ; par *R. P.* 28
5. Observation sur l'œdème de la glotte, occasionné par la déglutition d'eau bouillante ; par *W. Jameson.* 35
6. Des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, et de leur traitement par le sulfate de quinine ; par M. *Moulin.* 50
29. Sur la pathologie du cerveau ; par le docteur *Boyd.* 263
THÉRAPEUTIQUE. — 7. De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques ; par le docteur *E. Hervieux.* (*Suite* et *fin.*) 62
8. Traitement mécanique du rhumatisme articulaire, notamment par l'appareil inamovible amidonné ; par M. *Forget.* 67
9. Recherches sur l'emploi médical du colchique d'automne et de la vératrine ; par M. *S. Dieu.* 76
10. Sur les mauvais effets des cataplasmes émollients dans le traitement de certaines tumeurs du sein ; par M. *Tanchou.* 84

11. Sur les propriétés fébrifuges de la bebeerine. 87
12. Spermatorrhée combattue avec succès à l'aide du camphre et du nitrate de potasse; par M. *Pons y Guimera.* 89
13. Traitement direct des névralgies suivant leur siége; par le docteur *Sandras.* 90
14. Note sur une méthode de traitement du choléra qui a donné les résultats le plus constamment heureux; par *A. Charmasson.* 99
15. Observations nouvelles sur l'emploi médical des préparations d'arsenic; par M. *Teissier.* 105
30. Cinq cas de névralgie traités par le chloroforme; par *F. Sibsou.* 265

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

MALADIES DES ENFANTS. — 16. Essai clinique sur le croup chez les enfants. — Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants Malades de Paris, pendant les années 1846 et 1847; par le docteur *Arsène Vauthier.* (*Suite.*) 114

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate; par le docteur *Civiale.* (*Suite.*) 123
18. Nouvelles études sur les luxations de l'humérus; par le docteur *Goyrand.* 131
19. De certaines tumeurs sanguines et d'une nouvelle méthode de traitement; par M. *Michel Rambaud.* 146
32. Sur les calculs de la base de la langue; par M. *José Antonio de Boy.* 271
34. Réflexions sur le cancer. 274
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. Quelques réflexions sur le débridement en dehors du sac dans l'étranglement herniaire. 159
21. Remarques pratiques sur les corps étrangers dans la vessie chez les femmes et sur la taille uréthro-vestibulaire; par M. *Pétrequin.* 166
22. Du speculum uteri, de ses formes et de ses dimensions les plus avantageuses, de la manière de l'appliquer et de son utilité; par M. le professeur *J. A. Stoltz.* 173
23. Nouvel essai de l'opération de la cataracte par aspiration ou succion; par M. *Laugier.* 185
24. Note sur un procédé pour l'extirpation des ganglions lymphatiques engorgés; par M. *Diday.* 189
33. De l'inutilité du trépan dans les enfoncements du crâne, par le professeur *Textor.* 271
35. Résection de la mâchoire supérieure; par M. *Taruffi.* 276
36. Nouvelle méthode d'oblitération permanente des vaisseaux artériels et veineux pour la cure radicale des anévrysmes et des varices; par M. *Secondi.* 277
OPHTHALMOLOGIE. — 25. Réflexions pratiques sur les kystes développés dans l'orbite; par le docteur *Tavignot.* 195
37. Des causes qui font échouer l'opération de la cataracte; par M. *Martinez.* 279
38. Application de l'acupuncture aux taches de la cornée; par M. *De la Flor.* 279

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 26. Examen médico-légal de plusieurs cas de blessures; par le docteur *Henri Bayard.* 205

XII. GÉNÉRALITÉS.

27. Mémoire sur les maladies contagieuses; par M. *P. Bouchut.* 215
28. Recherches sur l'état d'acidité ou d'alcalinité de quelques liquides du corps humain dans l'état de santé et de maladie; par M. *Andral.* 230

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des Sciences de Paris. (Séances des 12, 19 juin et 3 juillet. Accroissement de la longévité de la population française. 238. — Recherches sur l'état d'activité ou d'alcalinité de quelques liquides du corps humain, dans l'état de santé et de maladie. 241. — Alimentation des habitants des campagnes. 242.

Académie royale de Médecine de Paris. (Séance des 10, 13, 27 juin et 4 juillet). — Affections saturnines. 243. — Du rôle de la rate dans les fièvres intermittentes. 247. — Méningite tuberculeuse chez les adultes. 252. — Mort causée par l'inhalation du chloroforme. 253. — Rôle de la rate dans la fièvre intermittente. 258.

MÉLANGES.

31. Extirpation d'une tumeur de l'ovaire pratiquée avec succès pendant la grossesse; par le docteur *H. E. Burd.* 267

39. Empoisonnement par un liquide styptique; par M. *De la Flor.* 280

40. Histoire d'un empoisonnement par la teinture de cantharides; par M. *Noale,* 281

41. Cas d'imperfection de la vision par suite de réfraction irrégulière, avec cécité nocturne; par M. *R. Hamilton.* 283

42. Cas d'accouchement accompli sans opération à travers un bassin extrêmement rétréci; par M. *Simpson.* 286

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 190e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (avril 1848.)

Thierry (Alex.). Sur l'enseignement et les exercices gymnastiques. Rapport fait au comité central d'instruction primaire. 1

Sur les abattoirs généraux de la ville de Paris et sur les viandes qui en proviennent. 10

Bayard (Henri). Examen médico-légal de plusieurs cas de blessures. 205

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (juin 1848).

Hervieux (E.). De l'emploi de la digitaline, de ses effets physiologiques et de ses avantages thérapeutiques. 62

Wauthier (*Arsène*). Essai clinique sur le croup chez les enfants.—Histoire de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants Malades de Paris, pendant les années 1846 et 1847. 114

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (mai, juin 1848).

Valleix. De la névralgie générale, affection qui simule des maladies graves des centres nerveux, et de son traitement. 18

R. P. Question sur la goutte. 28

Forget. Traitement mécanique du rhumatisme articulaire, notamment par l'appareil inamovible amidonné. 21

Civiale. Aperçu pratique sur la suppuration et les abcès de la prostate. 367

Quelques réflexions sur le débridement en dehors du sac dans l'étranglement herniaire. 159

Pétrequin. Remarques pratiques sur les corps étrangers dans la vessie chez les femmes et sur la taille uréthro-vestibulaire. 166

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 22, 25, 26, 28 29 ; 1848).

Sur les propriétés fébrifuges de la bebeerine. 87

Pons y Guimera. Spermatorrhée combattue avec succès à l'aide du camphre et du nitrate de potasse. 81

Goyrand. Nouvelles études sur les luxations de l'humérus. 135

Bouchut (P.). Mémoire sur les maladies contagieuses. 219

Andral. Recherches sur l'état d'acidité ou d'alcalinité de quelques liquides du corps humain dans l'état de santé et de maladie. 230

Hamilton (R.). Cas d'imperfection de la vision par suite de réfraction irrégulière avec cécité nocturne. 283

Simpson. Cas d'accouchement accompli sans opération à travers un bassin extrêmement rétréci. 286

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (juin 1848.)

Stoltz (J. A.). Du speculum uteri, de ses formes et de ses dimensions les plus avantageuses, de la manière de l'appliquer et de son utilité. 173

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (juillet 1848).

Sandras. Traitement direct des névralgies suivant leur siége. 90
Charmasson. (A.). Note sur une méthode de traitement du choléra qui a donné les résultats le plus constamment heureux. 99
Tavignot. Réflexions pratiques sur les kystes développés dans l'orbite. 195

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (mars 1848).

Teissier. Observations nouvelles sur l'emploi médical des préparations d'arsenic. 105
Rambaud (Michel). De certaines tumeurs sanguines et d'une nouvelle méthode de traitement. 146
Diday. Note sur un procédé pour l'extirpation des ganglions lymphatiques engorgés. 189

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (juin et juillet 1848).

Jameson (W.). Observation sur l'œdème de la glotte, occasionné par la déglutition d'eau bouillante. 35
Moulin. Des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, et de leur traitement par le sulfate de quinine. 50
Dieu (S.). Recherches sur l'emploi médical du colchique d'automne et de la vératrine. 76
Tanchou. Sur les mauvais effets des cataplasmes émollients dans le traitement de certaines tumeurs du sein. 84
Laugier. Nouvel essai de l'opération de la cataracte par aspiration ou succion. 185

JOURNAUX ALLEMANDS.

UBER DIE NICHTNOTHWENDIGKEIT DER TREPANATION.

Textor. De l'inutilité du trépan dans les enfoncements du crâne. 271

JOURNAUX ANGLAIS.

LONDON MED. GAZETTE.

Sibson (F.). Cinq cas de névralgie traités par le chloroforme. 265

MÉDICO-CHIR. TRANSATIONS.

Burd (H. E.). Extirpation d'une tumeur de l'ovaire pratiquée avec succès pendant la grossesse. 267

THE EDINB. MED. AND SURG. JOURNAL.

Boyd. Sur la pathologie du cerveau. 263

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Taruffi. Résection de la mâchoire supérieure. 276
Secondi. Nouvelle méthode d'oblitération permanente des vaisseaux artériels et veineux pour la cure radicale des anévrysmes et des varices. 277

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Noale. Histoire d'un empoisonnemet par la teinture de cantharides. 281

JOURNAUX ESPAGNOLS.

ANALES DE CIRUGIA.

Martinez. Des causes qui font échouer l'opération de la cataracte. 279

EL REGENERADOR.

Réflexions sur le cancer. 274
De la Flor. Application de l'acupuncture aux taches de la cornée. 279
De la Flor. Empoisonnement par un liquide styptique. 280

GAZETA MEDICA.

Antonio de Boy (José). Sur les calculs de la base de la langue. 271